دكتور صموئيل مغاريوس

مشكلات الصحة النفسية
في الدول النامية



مكتبة النهضة المصرية
٩ شارع عدلي بالقاهرة

مشكلات الصحة النفسية
في الدول النامية

تأليف

دكتور صموئيل مغاريوس

رئيس قسم الصحة النفسية
بكليـة التربيـة بجامعـة عين شمس
ومدير العيـادة النفسـية التابعة للكليـة

(١) مشكلات الصحة النفسية في المجال العلاجي



مكتبة النهضة المصرية
٩ شارع عدلي بالقاهرة

الإهداء

الى كل من يهمه أمر بناء البشر ،
وكذلك من يهمهم بنــاء المصانع ،
فى بلادنا الفتية ...

أقدم هذا الكتاب ؟

ص . م

مقدمة

قضية الكتاب

هل يجوز أن يصبح موضوع كالصحة النفسية أحد الأمور التى ينشغل بها المسئولون والمخططون والمهيمنون على الأمور فى الدولة النامية !؟

لعل الاجابة التى تقفز الى الذهن مباشرة عن هذا التساؤل هى بالنفى ـ فان الدولة النامية انما يجب أن تهتم بالدرجة الأولى بقوت أبنائها وأمنهم وتعليمهم وصحتهم البدنية ، وبمشكلاتهم المباشرة وقضاء حاجاتهم الأساسية لا الفرعية ولا الثانوية !

وعلى الرغم من ذلك فاننا اذا لم نأخذ الأمور بالنظرة السطحية والتبسيط الزائد ، لوجدنا أن الاهتمام بالصحة النفسية ومشكلاتها ينبغى فعلا أن يأتى فى مقدمة اهتمامات المسئولين عن التخطيط فى المجتمع النامى .

فمن جهة نجد أن الاهتمام بقوت الناس وأمنهم وتعليمهم وصحتهم البدنية واحتياجاتهم ومشكلاتهم المباشرة لا يخرج عن نطاق الاهتمام بصحتهم النفسية، بل هو فى واقع الأمر جزء أساسى من هذا الاهتمام . ومن جهة أخرى فان الصحة النفسية لأفراد المجتمع تعنى فيما تعنيه الكفاية الانتاجية لهؤلاء الأفراد ، وحسن قيامهم بالأدوار الاجتماعية المتطلبة منهم كمواطنين متنورين ، وكأعضاء فى أسر وفى نقابات وجماعات ومؤسسات اجتماعية مختلفة .. كما تتضمن الصحة النفسية أيضاً احساس المواطنين بالانتماء الى الوطن الواحد ، وتكافلهم الاجتماعى ، وشعورهم بالثقة والقدرة واحساسهم الايجابى بالرضى عن أنفسهم وبالسعادة فى علاقاتهم وعملهم وممارساتهم اليومية .

ان دولة نامية مثل الجمهورية العربية المتحدة قد شعرت بأنه لا غنى لها عن التوسع الصناعى اذا أرادت أن تبلغ شأوا من الحضارة يقارب بينها وبين

الدول المتقدمة وأن تواجه في الوقت نفسه المشكلات المعيشية لجماهيرها الغفيرة كما شعرت أيضا أنها لاتستطيع أن تحافظ على أمنها وأن تتفوق على عدوها المتربص بها دون أن تقطع شوطا كبيرا فى التقدم العلمي والتكنولوجى بشكل عام وما يرتبط منه ارتباطا مباشرا بالفنون العسكرية الحديثة بشكل خاص ..
كذلك جعلت الجمهورية العربية المتحدة التنمية الزراعية من بين الاهداف الرئيسية لخطتها في توسيع رقعة الانتاج والارتفاع بمستوى الدخل القومى ٠

وهذه الأهداف الحيوية لدولتنا النامية لاتستلزم فقط توفير المكائن والاسلحة والوسائل الفنية ، وانما تستلزم أيضا توفير الرجال المدربين ذوى الخبرة والقدرة والوعى والثقة التامة بأنفسهم ، فى كل ميدان من الميادين وكل مجال من مجالات الحياة فى المجتمع ٠

وتوفير هؤلاء الرجال المدربين لا يتم عن طريق التعليم الرسمى والتدريب العملى وحدهما ، بل ان هناك مشكلات « نفسية » أساسية لابد من التعرض لها فى سعينا لتحقيق هذا الهدف بالنسبة الى كل ميدان من ميادين نهضتنا ، فى الصناعة والزراعة التكنولوجيا والحرب !

لابد من مواجهة مشكلة اختيار الرجل المناسب للعمل المناسب ، وهى مشكلة تدرس فى علم النفس تحت عناوين مثل « التوجيه المهنى » و « التوجيه التربوى » و « الاختيار المهنى » و « الرضا عن العمل » ، ولها أساليبها العلمية وأدواتها المعروفة...ولابد من التعرض لمشكلة الروح المعنوية للعامل والجندى والفلاح فى القرية .. ولابد من الاهتمام بدراسة الاتجاهات النفسية للمواطنين فى القرية والمدينة ، والوسائل والأساليب الكفيلة بتعديل هذه الاتجاهات لتساير أهداف الدولة وخطتها للتنمية .. ولابد أيضا من تناول مشكلات الصناعة وحوافز الانتاج وأساليب الادارة واصابات العمل وغياب العمال والعلاقات الانسانية فى المصنع ٠ بل لابد من القيام بالدراسات التى تستهدف مواجهة التغيرات المرتقبة فى أساليب حياة الناس وطرق معيشتهم ، تلك

التغيرات التى سوف تترتب على تحول أعـداد كبيرة الى الصـناعة والمـدن الصناعية ٠٠٠ ولابد من مواجهة فطنة لمشـكلة نوع التعليم ونوع المدارس والمدرسين اللاى تستلزمه هذه النهضة الشاملة وتتطلبه اعادة تشكيل المجتمع ٠٠ ولابد كذلك من الالمام بالأساليب النفسية والوسائل السيكولوجية المستخدمة فى بناء الجيوش الحديثة !!

كل هذه المسائل وغيرها ، تستلزم الافادة القصوى من المعارف والمهارات التى تزودنا بها الدراسات المتخصصة فى علم النفس والصحة النفسية — بقدر ما تستلزم الافادة القصوى من علوم الهندسة والتكنولوجيا والطب والزراعة والاجتماع والفنون العسكرية الحديثة ٠

ولنأخذ على سبيل المثال مشكلة من المشكلات الرئيسية التى تصحب انتقال المجتمع من شكل من أشكال المجتمعات البدائية البسيطة الى شكل المجتمع الصناعى المركب ، وهى مشكلة تعقد العلاقات الانسانية مع اطراد التحول نحو التصنيع ٠٠

فمن المعروف عن المجتمعات البسيطة — كمجتمع الريف المصرى مثلا — أن أهل المجتمع يعرف بعضهم بعضـا معرفة وثيقة ، وتكثر بينهم اللقـاءات والتزاور والجماعات التلقائية ، ويتبادلون الخدمات والاهتمام بعضهم بأمور بعض ، ويستمتعون نتيجة ذلك بالدفء العاطفى والعلاقات الحانية والشعور بالانتماء بدرجة كبيرة !! ويحدث عند التحول الصناعى أن بعض الصناعات تتمركز وتزدهر حول مدن معينة ، مما يستتبع زيادة الهجرة بأعداد مطردة الى تلك المدن ، وتغير تركيبها الاجتماعى وطبيعة الحياة فيها (مثلما حدث لمدينـة أسوان بعد انشاء السد العالى ، وما حدث لضاحية حلوان ، ولكفر الدوار ، والمحلة الكبرى ، وشبرا الخيمة ، وغيرها) فنجد نتيجة لذلك فى هذه المدن شبابا هجر أهله وأصحابه وانزوى فى ركن قصى من هذا المجتمع الجديد الذى لا يعرف فيه أحدا ، كما تختلف أساليب الحياة فيه كثيرا عما ألفه واطمئن اليه !٠٠ وهنا قد يعانى الشاب من فراغ عاطفى حقيقى ومن شعور بالعزلة

والوحدة والعجز عن تحقيق ذاته ، وهى آفة يعانى منها الألوف فى المجتمعات الصناعية المتقدمة • وعندئذ تواجه الصحة النفسية مشكلة ايجاد البديل للسند الوجدانى الذى كان هذا الشباب يعتمد عليه فى القرية فى مزاولة حياتها البسيطة وفى علاقاته الوثيقة بها ، والذى افتقده على غير انتظار !!

ولا مناص اذا من ايجاد أشكال جديدة لعلاقات صحية للعاملين فى المجتمع الصناعى ، ولا يجوز أن تترك هذه المسألة للظروف وللحلول المرتجلة •• والحل الصحيح لهذه المشكلة هو أن نذكر عندما نبنى المصانع أن نبنى معها — جنبا الى جنب — النوادى والمنشآت الترويحية والاجتماعية ، وأن نقيم لهـا الموجهين والمرشدين النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين ، وأن نوفر كافة السبل التى تيسر على الفرد فى المجتمع الصناعى العثور على الجماعة الوثيقة التى ينتمى اليها ويسهم فى نشاطها ويقيم العلاقات الصحية مع أفرادها ، ليحقق بذلك ذاته وليستشعر الأمن والطمأنينة والرضا !

وهناك مشكلة أخرى رئيسية تواجههـا المجتمعات النامية المتطـورة كمجتمعنا ، ألا وهى مشكلة التغلب على السلبية ••• ففى المجتمعات البسيطة كالمجتمع الزراعى والمجتمعات القائمة على عمل موسمى ، تتفشى السـلبية بشكل واضح •• فالرزق يأتى فى ميقات ، والمحصول يعتمد على الأحوال الجوية وعلى آفات الزراعة التى يختلف أمرها من موسم الى آخر وعلى الظروف الخارجية بوجه عام — ولذلك يميل أفراد المجتمع الى التواكل والاستكانة والصور الأخرى للسلبية • ونظرا لتأخر المجتمع تكنولوجيا فانه يعتمد على استيراد أكثر الأشياء التى يحتاجها من البلاد الأخرى دون ما حاجة الى بذل المجهودات الانتاجية الذاتية !

والانتقال من هذه الصورة الى صورة المجتمع الصناعى النشط الدءوب ، يصطدم باتجاه السلبية المتفشى بين أفراد المجتمع القديم وبعـادات العمل وأساليب الحياة التى لازمتهم سنوات طوال •• ولابد بازاء ذلك من استخدام

جميع معارفنا عن تغيير الاتجاه النفسى ، لمساعدة النازحين الى المجتمع الجديد على اجتياز فترة الانتقال وتمثل القيم والمفاهيم الجديدة ، ولتهيئتهم لعادات جديدة فى العمل عن طريق التدريب المهنى وغيره ··· ولابد لكل ذلك أيضا من الموجهين النفسيين ومن الأخصائيين الاجتماعيين المدربين ٠

وهذا الكتاب هو فى حقيقته محاولة لتبين الدور الذى يمكن أن تقوم به الصحة النفسية فى مواجهة مشكلاتنا الانتقالية وفى نهضة وتطوير مجتمعنا النامى ، وكذلك لتبين الوسائل الكفيلة بأدائها لهذا الدور على نحو مؤثر فعال ٠

ونظرا لاتساع موضوع البحث وتعدد المجالات التى يتطرق اليها ، فقد آثرنا أن نقسمه الى قسمين كبيرين وأن نفرد لكل منهما كتابا ·· هذان القسمان هما : ـ

(١) مشكلات الصحة النفسية فى المجال العلاجى ٠

(٢) مشكلات الصحة النفسية فى المجالين الوقائى والانشائى ٠

ويعالج الكتاب الحالى القسم الأول من الموضوع ، ونعد بمعالجة قسمه الثانى فى كتاب تال باذن الله ٠

ص ٠ م

الفصل الأول

الصحة النفسية ومستوياتها

ترتبط الصحة النفسية فى ذهن كثير من النـــاس بالخلو من الأمراض النفسية والعقلية وانتفاء أشكال السلوك اللا سوى والشاذ والمنحرف ــ وهذا تصور غير خاطىء للصحة النفسية وان يكن تصورا ضيقا لها !

ولو رجعنا الى ما تعنيه بالصحة الجسمية على سبيل المقارنة والايضــاح ، لوجدنا أننا وان كنا نعنى بها فى بعض الأحيان سلامة الجسم من الأمراض ، الا أننا نسلم كذلك بأن الأشخاص قد يختلفون فى مدى تمتعهم بالصحة رغم كونهم جميعا من غير المرضى ــ وذلك بناء على اعتبارات ومقاييس خاصـــة تقاس بها صحتهم البدنية ، كقوة حواسهم ، وقدرتهم على بذل المجهـــود ومكافحة التعب ، وحيويتهم العامة ، ومقاومة الجسم للأمراض ومقاييس الجسم الخاصة الخ ...

وهكذا الأمر بالنسبة للصحة النفسية ، فان مجرد خلو انسان ما من الاضطرابات الانفعالية والانحرافات السلوكية الصارخة لا يجعله صحيحا نفسيا بدرجة عالية من درجات الصحة .. والأفراد يختلفون فى مدى تمتعهم بالصحة النفسية رغم خلوهم جميعا من هذه الأعراض ، بل ان السوية التامة فى الصحة النفسية هى أمر نادر ندرة الاختلال التام فى السلوك والوظائف العقلية !

معايير الصحة النفسية :

وكما أن هناك معايير للحكم على صحة البدن ، فهناك معايير للصحة النفسية ــ ومن أهمها ما يلى :

- مدى تقبل الفرد للحقائق المتعلقة بقدراته واستعداداته الشخصية ، وما يستطيعه وما لا يستطيعه ·

- مدى استمتاع الفرد بعلاقاته الاجتماعية وقدرته على انشاء هـــذه العلاقات ، فى الأسرة وخارجها ·

- مدى نجاح الفرد فى عمله ورضائه عنه ·

- اقبال الفرد على الحياة بشكل عام وحماسه وايجابيته نحوها ·

- شعور الفرد بالكفاءة والقدرة ازاء مواقف الحياة اليومية وممارساتها المعتادة وكذلك ازاء احباطاتها وبعض ظروفها غير المتوقعة أحيانا ·

- الشجاعة الأدبية وقدرة الفرد على تحمل مسئولية ما يتصدى له من قرارات وأفعال ·

- ثبات اتجاهات الفرد ومواقفه كما يراها الآخرون ·

- قدرة الفرد على ارضاء حاجاته البيولوجية والنفسية ارضاء مناسبا وعلى تحقيق التوازن والانسجام بين دوافعه المختلفة ·

- اتساع المجال النفسى للفرد ، واهتمامه اهتمـــاما متوازنا بشـــتى الممارسات المعرفية والعملية والترويحية والاجتماعية ·

- وجود فلسفة رصينة متكاملة توجه تصرفات الفرد وتحدد وجهة نظره ومواقفه من الأمور المختلفة وتحقق الانسجام والتكامل لشخصيته ·

هذه بعض من أهم المعايير التى يمكن الحكم بها على درجة الصحة النفسية عند واحد من الناس · واذا أردنا أن نجملها فى عبارة واحـــدة فهى : **مدى النضج الانفعالى والاجتماعى ، أو مدى توافق الفرد مع نفسه ومـــع المجتمع ·**

الصحة النفسية للمجتمع :

ويمكن الحكم بهذه المعايير نفسها – مع اختلافات بسيطة – على درجة الصحة النفسية لمجتمع من المجتمعات •

فالمجتمعات – كالأفراد – بعضها يعانى من الأدواء والأمراض الاجتماعية وظواهر الانحراف المتفشية فيها بدرجة خطيرة ، فتصل بذلك صحتها النفسية الى الصفر أو تقترب منه كثيرا • وبعضها لا يعانى من مثل هذه الظواهر ولكنه يعانى مع ذلك من التفسخ والتمزق وعدم الانسجام أو التكامل بين أجهزة المجتمع ونظمه ومؤسساته المختلفة ، فهو على درجة منخفضة من الصحة النفسية • وبعضها الثالث بلغ درجة عالية من الترابط والتنسيق والتكامل، وتخطى ذلك الى الكفاية الانتاجية الممتازة والاستغلال الكامل لموارد المجتمع وامكاناته وطاقات أفراده – وهذا النوع من المجتمعات يحظى بدرجة رفيعة من الصحة النفسية •

أهداف التخطيط للصحة النفسية :

وعلى ضوء هذا الفهم ، يمكننا أن نقرر أن خطة الصحة النفسية يجب أن توجه وفى وقت واحد الى ثلاثة أهداف ، يمثل كل هدف منها مستوى من مستويات الصحة النفسية للمجتمع وأفراده :

أولا : يجب أن تعنى الخطة بالمرضى بأمراض نفسية وعقلية ، وبالأحداث الجانحين ، وبالمعوقين على اختلاف اعاقتهم • وتتألف العناية بهذه الفئات من شطرين :

(أ) توفير الرعاية المناسبة للمرضى والمعوقين والجانحين ، بما فى ذلك توفير المستشفيات والمؤسسات العلاجية والتأهيلية المستكملة المعدات ومراكز الخدمة والعيادات الخارجية ، مع التأكد من طيب الاقامة بالمستشفى أو المؤسسة ، ومن المعاملة الانسانية للنزلاء ، وعدم تفويت أية حقوق لهم مما يتمتع به نظائرهم من المواطنين خارج المستشفى أو المؤسسة •

(ب) توفير مستويات عالية من الخدمة العلاجية والارشادية والتأهيلية ، وذلك باستخدام أفضل الأساليب العلمية المستحدثة في العلاج والتأهيل والارشاد النفسي ·

ثانيا : ينبغي أن تعنى خطة الصحة النفسية للمجتمع - في جانب آخر منها - بالنواحي الوقائية ، وبشتى السبل والوسائل التي تستهدف تجنيب المواطنين أسباب الانحراف والمرض النفسي أو العقلي ، وبتعـزيز وتدعيم الظروف والفرص المهيئة للنمو السوى ·

ثالثا : وعلى أرقى المستويات ، ينبغي أن تستهدف خطة الصحة النفسية البناء المنسق المتكامل لأجهزة المجتمع وقطاعاته المختلفة والوصول بالصحة النفسيةللمواطنين الى أقصى حدودها ، عن طريق اطلاقوتحرير جميع الطاقات الخلاقة لهؤلاء المواطنين كأفراد وللمجتمع ككل ، واتاحة الفرصة كاملة لكل فرد حتى يحقق ذاته ويمارس حياة منتجة تتسم بالشبع النفسي ، والثقة ، والانجاز ، والمشاركة الايجابية في المجتمع ·

نقطة البداية في جهود الصحة النفسية :

ومع أن المستويات الثلاثة السابقة جديرة جميعا بالاهتمام ، الا أن ميزانية الدولة - وخصوصا في حالة الدولة النامية - قد لا تسمح بالاهتمام بهـا بدرجة واحدة · وهنا قد يفضل المسئولون أن يوجه الاهتمام الأول والعاجل الى علاج المرضى ورعايتهم ، بل ان هذا هو ما حدث بالضبط - تاريخيا - في أغلب الدول حتى الغنية منها !

والواقع أن العناية بتوفير الخدمات العلاجية مهما بلغت حد الكمال ، لا يجوز أن تشكل الا جانبا يسيرا من اهتمامات وأهداف الصحة النفسية للمجتمع - ذلك أننا لا نملك التغاضي عن بذور المرض والانحلال في المجتمع وعن التربة التي تفرخ شخصيات مريضة متحللة ، اعتمادا على قدرتنا على اصلاح أمر بعض السيقان المعوجة فيما بعد !!

ومهما كان الاهتمام بأمر القلة المريضة نبيلا وانسانيا فلا ينبغي له أن يشغلنا عن الاهتمام بالكثرة الغالبة التى يمكن أن تقع فريسة للمرض أو الانحراف • ففى أمراض النفس كما فى أمراض البدن لا زالت الحكمة القائلة بأن « درهم وقاية خير من قنطار علاج » حكمة ذهبية تمثل الخط الصحيح الذى يجب أن ينتهجه المسئولون عن التخطيط للصحة النفسية ، والذى أشارت اليه مؤتمرات الصحة النفسية الدولية المتعاقبة اشارات قوية •

وعلى ذلك فاننا يجب أن نسأل أنفسنا ، وقد فرغنا من وجوب الاهتمام بأصحاب الاحتياجات العلاجية من المرضى والمعوقين وأمثالهم ٠٠ يجب أن نسأل ، من أين نبدأ لدعم الصحة النفسية فى المجتمع ؟ وأى الخدمات الوقائية والانشائية أولى بأن نكرس لها الجهود الأساسية فى خطتنا ؟

وهنا قد تختلف الآراء وتتعدد بالنسبة للاجابة -

١ - فقد يتصور البعض - وهو تصور له وجاهته - أنه يحسن أن نبدأ من موضوع الزواج وتكوين الأسرة وما يكتنف ذلك أحيانا من مشكلات وأخطاء ، أى أننا يجب أن نبدأ من مكاتب التوجيه الأسرى والاستشارات الزوجية حتى نطمئن الى بداية موفقة للحياة الأسرية والى علاقات سعيدة بين الزوجين تنعكس ثمارها على أبنائهم ٠٠ على أن يتبع هذا العمل بالجهود المختلفة التى تبذل فى توجيه الآباء ، ثم بالجهود التى تبذل فى المدرسة للسعى الى اطلاق وتحرير الاحباطات التى سببتها حياة البيت للأبناء والى حل الصراعات التى تنشأ عن حياتهم فى المدرسة أيضا !

٢ - وفى تصور آخر ، فان أساس الزواج السعيد والأسرة السعيدة هو الشخصية الناضجة لكل من الزوجين • وهذه الشخصية لا تنضج دفعة واحدة وانما تنضج وتكتمل خلال الخبرات وأنواع الرعاية التى بدأت منذ طفولة الفرد الباكرة ٠٠ وعلى ذلك فان الجهود الرامية الى الوقاية والى الإنشاء أيضا يجب أن تبدأ - قبل مكاتب الزواج والتوجيه الأسرى - بالطفل فى

مهده وبدور الحضانة وبالتعامل مع الطفولة في الأسرة والمدرسة ، توخيا لارساء دعائم رصينة لنمو مشبع سعيد ٠

ويساير التركيز على هذه البداية تأكيدات علماء الصحة النفسية بالتأثير البالغ للسنوات الأولى للطفولة ولخبرات الطفل الباكرة على نوع شخصيته وصور سلوكه المقبلة ٠

وانطلاقا من هذه البداية ، فاننا نحسن عند التخطيط للصحة النفسية بمسايرة الخطة لمراحل النمو المتعاقبة فى حياة الفرد ووضع البرامج الملائمة لكل مرحلة منها ٠٠٠ من الحضانة ، الى الطفولة الباكرة ، الى الطفـــولة المتأخرة ، فالمراهقة ، فالشباب ، فالكهولة ، فالشيخوخة ٠

٣ ـ وفى تصور ثالث ، أنه ينبغى أن تبدأ جهود الصحة النفســية باستعراض الأجهزة والمؤسسات الاجتماعية القائمة فعلا فى المجتمع والتى لها تأثير خطير على حياة الناس فى هذا المجتمع ٠ وبعد الدراسة الوافيــة لوظيفة كل جهاز من الأجهزة ولظروفه والامكانات المتوافــرة له ، يمكن التفكير فى كيفية تدعيم هذه الامكانات واستخدام ذلك الجهاز بطريقة تجعل منه فى نفس الوقت جهازا لنشر الصحة النفسية ودعمها ٠ ويمكن التفكير كذلك فى وسائل التنسيق بين أجهزة المجتمع ومؤسساته وتنظيماته المختلفة للغرض نفسه ٠

وتبرير هذا التصور هو أن خطة الصحة النفسية لمجتمع من المجتمعات يجب أن تستمد من طبيعة هذا المجتمع وتركيبه وبنائه ، ويجب أن تبنى منهجها والأساليب التى تتبعها على ما هو قائم فعلا وعلى معرفة وثيقة بثقافة المجتمع وتقاليده وقيمه وأساليب الحياة فيه ٠

ويمكننا أن نفكر فى عدد من المؤسسات الاجتماعية الهامة التى يمكن أن تركز عليها جهود الصحة النفسية بصفة خاصة ـ كالأسرة ، والمدرسة ، وأماكن العبادة ، وجمعيات ونوادى الشبيبة ، والكليات والمدن الجامعية ، ولجان

الاتحاد الاشتراكى ، والنقابات العمالية ، والمنشآت الصناعية ، والمسرح والسينما والتلفزيون والجريدة ، ومبرات ومؤسسات رعـاية الطفـولة والأحداث ، والمستشفيات العامة وليس فقط مستشفيات الأمراض العقلية أو النفسية ٠

أما بالنسبة لريفنا المصرى فهناك أجهزة أخرى هامة تصلح منطلقا لجهود الصحة النفسية ، نخص منها الوحدة الصحية ، والجمعية التعاونية ، ومركز الخدمة الاجتماعية ، والنادى الريفى ، والمضيفة الريفية (المندرة) ، ودار العمدة ، والمواسم ، وسائر دور التجمع فى القرية ٠

والواقع أننا اذا خططنا لهذه المنظمات والاجهزة بحيث تصـبح أماكن أفضل لتهيئة ظروف مواتية للنمو السوى ولاشباع الحاجات النفسـية الأساسية للمنخرطين فيها ، فاننا نكون قد استغرقنا أغلب أهداف خطـة الصحةالنفسية للمجتمع ونكون قد أرضيناأيضاأصحاب التصورين أو وجهتى النظر السابق وصفهما عن نقطة البداية فى جهود الصحة النفسية !

أما عن التخطيط نفسه وعن كيفية وضعه موضع التنفيذ - فهـذا ما سوف نتعرض لمناقشته ، باذن الله ، فى كتابنا التالى المخصص لمعالجـة « مشكلات الصحة النفسية فى المجالين الوقائى والانشائى » ٠

× × ×

وسننتقل الآن الى معالجة القسم الأول من موضوع بحثنا وهو القسم الذى تركز عليه الفصول القادمة من هذا الكتاب ، ويدور حول :

« مشكلات الصحة النفسية في المجال العلاجي » ٠

تقرير عن :

مشكلات الصحة النفسية
في المجال العلاجي

في

الجمهورية العربية المتحدة

تتجه خطة الصحة النفسية فى احدى شعبها الى أصحاب الاحتيـــاجات العلاجية من المرضى النفسيين والعقليين ، ومن الأحداث الجانحين ، ومن المعوقين على اختلاف أنواعهم ٠٠٠٠

كما تتجه الخطة أيضا الى نفر آخر من الناس لم يصل الحال بهم الى المرض النفسي ، ولكنهم يعانون مع ذلك من المشاكل الانفعالية التى تحول دون توافقهم السليم ونجاحهم فى الحياة ٠ وهم لذلك بحاجة الى ما يسمى بالخدمات الارشادية والتوجيهية التي تقدمها مراكز مخصصة لهذا الغرض ٠

وستتناول الفصول التالية جميع هؤلاء ، فى محاولة لاستعراض وتقييم الخدمات التى تقدم فى الجمهورية العربية المتحدة فى الوقت الحالى فى كل من :

١ ـ علاج المرضى النفسيين والعقليين ٠

٢ ـ خدمات الارشاد النفسى ٠

٣ ـ تأهيل المعوقين ورعايتهم ٠

٤ ـ رعاية الأحداث المنحرفين ٠

وسنتقدم خلال ذلك بمقترحاتنا بشأن مواجهة النواقص وسد الثغرات القائمة فى سبيل استكمال هذه الخدمات ٠

الفصل الثانى

علاج المرضى النفسيين والعقليين

الى أين يتجه مرضى العصاب والذهان – أو بلغة أبسط المرضى النفسيون والعقليون – فى ج. ع. م. طلبا للشفاء !؟

ان نسبة كبيرة – يصعب حصرها – من هؤلاء المرضى تتجه الى المشتغلين بالتنويم المغناطيسى ، والى حفلات الزار وما اليها من طقوس دينية وغير دينية تقام لطرد الشياطين والأرواح الشريرة ! والى زيارة الأضرحة وصناع التمائم والأحجبة ! والى المشعوذين والدجالين المنتشرين فى أرجاء البلاد ممن تخصصوا فى (فك العمل) وقراءة الطالع فى فنجال أو كف أو (مندل) ! والى بعض مدعى العلاج الروحى والجلسات الروحية ، وغير هؤلاء وأولئك من محترفى الاتجار بالمرض وبسذاجة عقول بعض الناس وحيرتهم أمام الاضطرابات النفسية والعقلية (١) ..!!

وللأسف الشديد فان مجتمعنا لا يزال من هذه الوجهة – وخاصة فى قطاعاته غير المتعلمة – قريب الصلة بالمجتمعات البدائية التى تؤمن بالسحر والخرافة والشعوذة ... لكن هذه الصورة آخذة فى التغير التدريجى مع ارتفاع نسبة التعلم وزيادة التحضر وتحول المجتمع الى شكل المجتمع الصناعى النشيط ، الذى يشهد فى كل يوم انتصارات العلم ومعجزات التكنولوجيا

---

(١) صدر القانون رقم ١٩٨ لسنة ١٩٥٦ المنظم لمهنة العلاج النفسى فى الجمهورية العربية المتحدة ، فحال دون ادارة بعض الادعياء لعيادات نفسية ، الا انه لا يوجد حتى الآن قانون يمنع الممارسات الغريبة العديدة التى لاتتسمى باسم العلاج النفسى وان كانت توهم زبائنها بأنها تقدم لهم هذا العلاج أو على الأقل ما يمكن أن يؤدى اليه هذا العلاج من نتائج .!!

الحديثة ، وتقل فيه بالتالي قابلية الافراد للاستهواء بالأفكار الساذجة ، بل لا يجد فيه هؤلاء الأفراد الفراغ الذي يسمح باجترار مثل هذه الأفكار !

ومن المرضى بطبيعة الحال أعداد غير قليلة - ربما كان منهم من جرب الوسائل السابقة أو بعضها - ممن يتجهون الى مستشفيات الأمراض العقلية والعيادات النفسية من حكومية وخاصة ، طلبا للعلاج ·

وسنعالج فى الصفحات التالية الوضع الحالى لهذه المستشفيات والعيادات فى الجمهورية العربية المتحدة ·

مستشفيات الأمراض العقلية الحكومية :

كانت مستشفيات الأمراض العقلية الحكومية حتى سنة خلت لاتزيد عن مستشفيين اثنين ، هما مستشفى العباسية ومستشفى الخانكةبالقليوبية ·وقد استكمل فى العام الماضى انشاء مستشفى ثالث عصرى الطراز وأعد بأحدث الأجهزة والمعدات ليكون مستشفى نموذجيا للأمراض العقلية والنفسية وهو مستشفى المعمورة بالاسكندرية ، كما شرع فى انشاء مستشفى رابع بحلوان ··· أما سعة هذه المستشفيات الأربعة فهى ٤٥٢٤ سريرا ، من بينها ٥٧٥ سريرا ينتظر أن يضمها مستشفى حلوان - وذلك حسب بيان الادارة العامة للطب العلاجي بوزارة الصحة (ادارة الصحة العقلية والنفسية) عن المستشفيات العقلية والعيادات النفسية فى عام ١٩٦٩ ·

ونظرا لأن هذه المستشفيات تتركز فى القاهرة والاسكندرية (عدا محافظة القليوبية الشديدة القرب من القاهرة) ونظرا لأنها لا تستوعب الا نسبة صغيرة من الحالات التى يمكن أن تحول اليها ، فقد استعانت وزارة الصحة فى تقديم الخدمات العلاجية لجمهور المرضى وخاصة فى باقى المحافظات بعـــدد من « العيادات النفسية » الملحقة بالمستشفيات العامة · وفى خطة الوزارة التوسع المطرد فى هذه العيادات وفقا لفلسفة خاصة تتضح من السطور الآتية المقتبسة من تقرير « لجنة الشئون الصحية » بالمجلس الدائم للخدمات العامة : (١)

---

(١) « مجلس الخدمات منذ انشائه » ، القاهرة ، يوليو ١٩٥٥ ، ص ٥٣ ·

« وقد راعت اللجنة ما هو معروف عن الأمراض العقلية من أن اكتشافها وعلاجها خلال الأشهر الأولى من المرض يضاعف فرص الشفاء. وفى هذا اقتصاد واضح اذ أن الذين يشفون يخلون أمكنة لغيرهم داخل المستشفيات فلا تكون الحاجة الى الأسرة عندئذ بنفس الدرجة من الشدة .

وتمشيا مع هذا المبدأ تتجه اللجنة فى برامجها الى انشاء عيادات خارجية للأمراض النفسية فى المستشفيات العامة تلحق بها أسرة لعلاج الحالات المبكرة حتى لايزمن المرض ويصبح مستعصيا يستدعى الاقامة فى مستشفيات الأمراض العقلية لمدد كثيرا ما تصل الى مدى الحياة . وبهذا أيضا يمكن قصر أسرة المستشفيات العقلية على الحالات التى تستلزم العزل لمدة طويلة أو مدى الحياة . وأغلب هؤلاء لا يقضى عليهم المرض وانما يعيشون عالة على الدولة طوال الجزء الأكبر من حياتهم .

وعلاوة على ذلك فان من يصابون باضطرابات نفسية ويعالجون بهذه العيادات الخارجية أو بالأسرة الملحقة بها فى مستشفيات عامة يتجنبون وصمة الخلل العقلى التى تلازم من يدخلون مستشفيات الأمراض العقلية مهما قصرت فترة بقائهم فيها مما ينغص عليهم حياتهم ويسهل انتكاسهم وعودة المرض اليهم » .

أما عدد العيادات النفسية الملحقة بمستشفيات عامة فقد بلغ فى الوقت الحاضر ٢٦ عيادة نفسية للجمهور (بعضها عيادات خارجية فقط) وثمانى عيادات نفسية للطلبة (جميعها خارجية) . ويبلغ عدد الأسرة فى هذه العيادات مجتمعة ١٤٣ سريرا . وهذه العيادات والأسرة موزعة على المحافظات على الوجه المبين فى الجدول التالى (١) :

---

(١) عن بيان « الادارة العامة للطب العلاجى بوزارة الصحة - ادارة الصحة العقلية والنفسية » ، بشأن المستشفيات العقلية والعيادات النفسية فى عام ١٩٦٩ .

المستشفيات العقلية والعيادات النفسية فى عام ١٩٦٩

محافظة	مستشفى عقلي	عدد الاسرة	عيادة نفسية للجمهور	عدد الاسرة	عيادة نفسية للطلبة
القاهرة	العباسية	١٦٦٧	١ ـ أحمد ماهر العـام (وعيادة الصرع)		١ ـ بالحلمية
	(وقسم رسام المخ الكهربائى)		٢ ـ م٠ المنيرة العام		٢ ـ جزيرة بدران
	حلوان (تحت الانشاء)	٥٧٥	٣ ـ م٠ بولاق العام		٣ ـ كوبرى القبة
			٤ ـ عيادة مدينة نصر	١٢	٤ ـ غرب القاهرة (عابدين
الاسكندرية	المعمورة	٥٥٠	٥ ـ م٠ رأس التين العام	١١	٥ ـ م٠ الطلبة باسبورتنج
			٦ ـ م٠ القبارى العام		
القليوبية	الخانكة	١٦٦٧	٧ ـ م٠ الخانكة العام		
	(قسم علاج الادمان على المخدرات)	٦٥	٨ ـ م٠ بنها العام	١٤	
الغربية			٩ ـ م٠ طنطا العام	٦	٦ ـ الطلبة بطنطا
			١٠ـ م٠ المحلة الكبرى العام (٣ يوم)		
الشرقية			١١ـ م٠ الزقازيق العام	٤	
الدقهلية			١٢ـ م٠ المنصورة العام	١١	

بور سعيد			١٣ـ م٠ النصر بور سعيد	٦	
الاسماعيلية			١٤ـ م٠ الاسماعيلية العام (١يوم)		
السويس			١٥ـ م٠ السويس العام		
دمياط			١٦ـ م٠ دمياط العام (٢ يوم)		
البحيرة			١٧ـ م٠ دمنهور العام		
كفر الشيخ			١٨ـ م٠ كفر الشيخ العام	١٤	
شبين الكوم			١٩ـ م٠ شبين الكوم العام	١٤	
الجيزة			٢٠ـ م٠ أم المصريين العام (٢ يوم)		٧ ـ الدقى
الفيوم			٢١ـ م٠ الفيوم	١٨	
بنى سويف			٢٢ـ م٠ بنى سويف العام	١٨	
المنيا			٢٣ـ م٠ المنيا العام		
اسيوط			٢٤ـ العيادة النفسية باسيوط		٨ ـ الطلبة باسيوط (٣يوم)
سوهاج			٢٥ـ العيادة النفسية بسوهاج	١١	
اسوان			٢٦ـ م٠ أسوان العام	٤	
الجملة	٣ + (١ تحت الانشاء)	٤٥٢٤	٢٦	١٤٣	٨

ولا حاجة بنا الى القول ان العدد الحالى للعيادات النفسية والمستشفيات العقلية الحكومية لايزال دون الحد الأدنى المطلوب بكثير في بلد يزيد تعداده عن الثلاثين مليون (١) ٠٠٠ كما أن هناك اعتبارا خطيرا يجب أن يدخل فى حساب واضعى الخطة للأعوام المقبلة ، وهو أنه من المحتم أن يزداد عدد حالات الأمراض النفسية والعقلية زيادة كبيرة مع التقدم الحضارى وما يصحبه من تعقيدات اجتماعية ومع التوسع فى التحول الصناعى والهجرة من الريف الى المدن الصناعية ، الأمر الذى دلتنا عليه خبرة بلاد متحضرة كثيرة سبقتنا الى التصنيع ، وهذا الاعتبـــار يفرض علينا مواجهتـه ليس بانشـــاء عيادات ومستشفيات جديدة فقط وبالأخص فى المناطق الصناعية ، وانما باتخاذ كافة الاحتياطات والاجراءات الوقائية التى من شأنها الحد من الزيادة المتوقعة فى نسبة الأمراض النفسية والعقلية (٢) ٠

هذا عن مشكلة الكم - أما من حيث النوع والكيف ، فلقد كان المألوف فى مستشفياتنا الحكومية الى عهد قريب قصورها الشديد فى الامكانات المادية ووسائل رعاية المرضى ، وتخلف الأساليب العلاجية بها عن مسايرة التطورات الحديثة فى مضمار علاج المرض العقلى والنفسى ، وشدة الشبه بينها وبين السجون والمعتقلات ! وكان الكثيرون يحجمون عن ايداع أقاربهم من المرضى فى هذه المستشفيات ، خشية أن تزداد حالتهم سوءا باختلاطهم مع من هم أسوأ حالا منهم ، دون ما رقابة أو رعاية يمكن الاطمئنان اليها والاعتماد عليها ٠٠

كانت هذه هى الأوضاع الى وقت قريب ، الا أن الصورة تغيرت كثيرا بفضل

---

(١) قدرت لجنة الشئون الصحية بمجلس الخدمات عدد المصابين بأمراض عقلية فى ج٠ ع٠ م٠ عام ١٩٥٥ بأربعين ألفا على الأقل ، بخلاف ناقصى العقل وهم لا يقلون عن هذا العدد فى تقدير اللجنة - انظر « مجلس الخدمات منذ انشائه ، ص ٥٣ » ٠

(٢) ستأتى مناقشة موضوع الاجـــراءات الوقائية فى القسم الثانى من الكتاب ٠

انشاء مستشفى المعمورة الحديث ، وبفضل ما طرأ من تجديد وتطوير لنظم المستشفيين الآخرين العتيدين •

دار الاستشفاء للصحة العقلية بالعباسية :

فأما مستشفى العباسية - الذى أعيدت تسميته فأصبح « دار الاستشفاء للصحة العقلية » تجنبا للوصمة المرتبطة فى أذهان الناس باسمه القديم وبمصطلح الأمراض العقلية - فقد خطا فى السنوات الأخيرة خطوات واسعة نحو ملاحقة الأساليب العلاجية الحديثة ••

لقد جرى تقسيم عنابر المرضى المترامية الأطراف الى مجموعات صغيرة من المرضى ، تضم المجموعة الواحدة منها بين ٧ و ١٠ أفراد يكونون فيما بينهم ما يشبه الأسرة الطبيعية • والغرض من ذلك تيسير الاندماج وتكوين علاقات وثيقة بين المرضى يؤمل أن تساعد على التعجيل بشفائهم وعلى تطبيعهم اجتماعيا •

وأدخل الى المستشفى نظام العلاج بالعمل(١)مع تنوع الأعمال التى يشتغل بها المرضى ومحاولة ملائمتها لنوع شخصيات المرضى ومزاجهم الانفعالى •

وأدخلت أيضا بعض طرق العلاج الجمعى(٢)الذى اكتسب شهرة عريضة فى الخارج، وتوسع المستشفى بصفة خاصة فى استخدام طريقة السيكودراما(٣) (التمثيلية النفسية) وهى احدى طرق العلاج الجمعى النشطة التى سنفرد لها ولطرق هذا العلاج الأخرى بعض فصول هذا الكتاب ••• كذلك لجأ المستشفى الى نظام « اليوم المفتوح » الذى يقوم المرضى فيه بزيارات وأنشطة مختلفة تهدف الى زيادة اتصالهم بالعالم الخارجى ، تمهيدا لتأويبهم واعادتهم بالتدريج الى حياة المجتمع الأصلى •

---

(١) Occupational Therapy

(٢) Group Therapy

(٣) Psychodrama

والواقع أن السنوات الأخيرة في حياة هذا المستشفى قد شهدت عديداً من التجارب الجديدة والأساليب المبتكرة فى علاج المرضى وفى الترويح عنهم ورعايتهم ٠

مستشفى الخانكة للأمراض العقلية :

تتناثر أبنية هذا المستشفى الكبير على رقعة ٦٠٠ فدان من الأرض ، وهذا في حد ذاته يشكل احدى صعوبات ادارة المستشفى ٠ وقد ذللت هذه الصعوبة بتقسيم أقسام المستشفى الثمانية والعشرين الى خمس « دوائر » لمرضى الأمراض العقلية ودائرة سادسة لمرضى السل من الذهانيين تخضع كل دائرة منها لاشراف فنى مستقل ، فضلا عن قسم لمكافحة المخدرات وآخر « للعلاج الاقتصادى » ٠

وجميع نزلاء المستشفى من الرجال ٠ ويؤلف المذنبون - ممن ارتكبوا الجرائم وصدر أمر النائب العام بايداعهم مستشفى الأمراض العقلية لانتفاء مسئوليتهم القانونية - يؤلفون نحوا من ثلث عدد الحالات ، ويقيمون بطبيعة الحال فى أماكن مسورة ٠ أما الحالات الأخرى فبعضها يسمح باقامتها فى أماكن غير مسورة وذلك بحسب درجة خطورة كل حالة ٠

وبالمستشفى وحدة خاصة لعلاج مدمنى المخدرات هى الوحيدة من نوعها فى الجمهورية ٠ ويرجع تأسيس هذه الوحدة التى تضم ٦٥ سريرا الى عام ١٩٦١ ٠ وأغلب المدمنين يتقدمون بأنفسهم لطلب العلاج الذى يستمر ثلاثة شهور فى المتوسط ٠ ولا يقتصر علاج المدمنين بهذه الوحدة على العلاج الطبى وحده ، بل يشتمل على العلاج بالعمل والعلاج الترويحى ، كما أن هناك سجلات كاملة للبحث الاجتماعى لكل حالة من الحالات يستعان بها فى رسم خطة العلاج النفسى وفى تتبع كل حالة ٠

ويعتبر العلاج بالعمل احدى الركائز الهامة فى علاج المرضى بالمستشفى ٠ ومن الطريف أنه لا يقتصر على أشكال العلاج بالعمل المألوفة وحدها ، اذ أن المرضى موزعون على أنواع مختلفة من الأعمال بحسب احتياجاتهم المرضية وميولهم وخبراتهم الشخصية - فمنهم من يزاولون صناعات كالنجارة وصناعة السجاد وصناعة الأحذية ، ومنهم من يشتغلون بالفلاحة فى مزرعة المستشفى(١).

---

(١) تنتج هذه المزرعة حوالى طن يوميا من الخضروات على مدار السنة ، مما يغطى احتياجات المستشفى الغذائية ، ويوزع الفائض عن طريق المحافظة على باقى مستشفيات المنطقة ٠

ومنهم من يعاونون فى تنظيف العنابر والمرافق المختلفة ، ومنهم أيضـــا من يسهمون فى الطهو واعداد الطعام ٠

وقد أنشأ المستشفى مؤخرا وحدة للعلاج الاقتصادى (بالمصروفات) لا تقل عن مثيلاتها فى المستشفيات الخاصة من حيث استكمال مقومات الراحـــة والرعاية والعلاج ٠ وتتراوح أجور الاقامة بها عن الليلة الواحدة بين ٦٠ قرشا للدرجة الثالثة و ١٢٠ قرشا للدرجة الأولى ، بما فى ذلك النفقات الشاملة للعلاج ٠ وتضم هذه الوحدة ٨٠ سريرا ، وجدير بالذكـــر أنهـــا أقيمت بالمجهودات الذاتية لبعض المرضى بالاشتراك مع عمال البناء من العـــاملين بالمستشفى !

ومن المشروعات الجديدة التى تفكر فيها ادارة المستشفى انشاء وحـــدة علاجية للسيدات لأول مرة فى تاريخ هذا المستشفى ، وكذلك انشاء وحـــدة لرعاية العجائز وخاصة من المصابين بذهان الشيخوخة(١) - وهو مشروع نأمل أن يخرج الى حيز التنفيذ وخاصة أن المؤسسات الحكومية التى ترعى هؤلاء قليلة فى ج٠ ع٠ م٠

ولعل احدى الصعوبات الرئيسية التى يواجهها مستشفى الخـــانكة فى الوقت الحاضر ، النقص الخطير فى أعداد هيئـــة التمريض على الرغم من الأهمية الشديدة المعروفة لدور التمريض فى مستشفيات الأمراض العقلية ٠٠٠ كما أن مبانى هذا المستشفى القديمة لم يضف اليها منشآت جديدة منذ عام ١٩٣٨ رغم اتساع رقعة الأرض ، وحاجة المستشفى الى المزيد من الاسرة لمواجهة احتياجات المرضى ٠

والواقع أن المناخ الصحى للبقعة التى يقع فيها المستشفى ، وجمال الطبيعة بها واتساع رقعة الأرض ، فضلا عن الاكتفاء الذاتى فى التغذية بفضل المزرعة

---

(١) Senile Psychosis

الكبيرة ... كل هذا يسمح بتصور اقامة مؤسسة علاجية واسعة على هذه الرقعة من الأرض ، تضم الى جانب المستشفى مستعمرة مستقلة متسعة لقاصرى العقول من فئتى البلهاء والمعتوهين ، كما تضم مصحا منفصلا للمسنين ، ومصحا آخر لعلاج الادمان ، الى غير ذلك من الفروع العلاجية والتأهيلية الخاصة ..

ويقتضى تنفيذ هذا الاقتراح بطبيعة الحال تدعيم المؤسسة بالامكانات المادية والفنية وقيام ادارة مستقلة لكل فرع من فروعها مع قيام هيئة عامة أو مجلس لادارة المؤسسة ككل وللاشراف على الادارات الفرعية والتنسيق بينها . وربما أمكن توفير بعض المال اللازم لانشاء هذه المؤسسة عن طريق استصلاح الأراضى البور الشاسعة المحيطة بالمستشفى واستغلال ناتج زراعتها كذلك فى انشاء حظيرة لتربية الدواجن والمواشى . وهذه المشروعات علاوة على نفعها الاقتصادى يمكن استغلالها فى الأغراض العلاجية والتأهيلية لمختلف النزلاء سيما قاصرى العقل والمسنين .

مشكلات العلاج فى مستشفياتنا العقلية :

واذا ألقينا نظرة عامة على مستشفيات الأمراض العقلية بالجمهورية العربية المتحدة ، لوجدنا أنها تعانى من المشكلات الرئيسية الآتية :

١ — النقص فى الممرضات المؤهلات المتخصصات فى العمل مع المرضى النفسيين والعقليين ، حيث لا تكاد توجد ممرضة واحدة تخصصت فى هذا المضمار فى ج.ع.م .

وهذه المسئولية تقع فى الواقع على عاتق معهدى التمريض الحديثين بجامعتى القاهرة والاسكندرية ، حيث ينبغى أن يصبح التمريض العقلى والنفسى أحد فروع الدراسة والتخصص بهذين المعهدين .

٢ - لا يوجد في المستشفيات الباحثات والباحثون الاجتماعيون المتخصصون في الخدمة الاجتماعية في ميدان الطب النفسى(١) . ولا توجد حتى الآن فى ج.ع.م . الدراسة التى تؤدى الى تخريج هذه الفئات من الأخصائيين الاجتماعيين ، على الرغم من علمنا بأن كلا من « المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالقاهرة » و « لجنة اعداد القادة بالمجلس الأعلى لرعاية الشباب » قد تقدم بين عامى ١٩٥٩ ، ١٩٦٠ بمشروع خطة لدبلوم عالية تخصصية فى هذه الدراسة مدتها سنتان ، يلتحق بها المتخرجون فى المعاهد العليا للخدمة الاجتماعية أو فى أقسام الاجتماع بكليات الآداب .

٣ - يتولى العلاج بالمستشفيات نوع واحد من الأطباء والمعالجين هم الأطباء النفسيون(٢) الحاصلون على « دبلوم الأمراض النفسية والعصبية(٣) »

وبطبيعة اعداد هؤلاء الأطباء فان عملهم بالمستشفى أو بالعيادة النفسية يكاد يقتصر على العلاج الطبى باستخدام العقاقير والصدمات التشنجية الكهربية وصدمات الأنسولين وما الى ذلك ، وقلما يلجأون - الا من كانت له منهم هواية فى ذلك - الى العلاج النفسى المساعد باستخدام أسلوب التحليل النفسى أو غيره من أساليب العلاج النفسى الأخرى !

والمشاهد فى مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية فى البلاد المتقدمة ، أن كثيرا منها يستعين الى جانب الأطباء النفسيين بصنف آخر من المحللين والمعالجين النفسيين الذين تلقوا دراسة متخصصة - على مدى أربع سنوات أو أكثر - فى التحليل النفسى أو العلاج النفسى فى صورة من صوره ، أو

---

(١) Psychiatric Social Workers

(٢) Psychiatrists

(٣) دبلوم الأمراض النفسية والعصبية D.P.M. هى دبلوم تخصصية من الدبلومات التى تمنحها كليات الطب بجامعات ج.ع.م. ومدة الدراسة لها سنة واحدة بعد البكالوريوس فى الطب .

الذين تخصصوا في دراسة علم النفس الاكلينيكي الى درجة الدكتوراه(١) • أما في الجمهورية العربية المتحدة فان مستشفيات الأمراض العقلية تفتقر الى هذه الفئة من المعالجين النفسيين المتخصصين ، رغم الحاجة الماسة الى خبراتهم في العلاج •

وقد استعانت وزارة الصحة في الآونة الأخيرة ببعض الحاصلين على الليسانس في الدراسات النفسية — من أقسام علم النفس بكليات الآداب — بعد تزويدهم بدراسات تدريبية قصيرة • ومن الواضح أن طبيعة اعداد هؤلاء لا تؤهلهم لممارسة العلاج النفسي ، بل لعمل من أعمال « القياس النفسي » أي لتطبيق الاختبارات السيكولوجية واجراء بعض الفحوص لجمع البيانات التمهيدية التي تفيد في التشخيص ، وهي وظيفة أخرى لابد من توافرها في كل مستشفى وعيادة لعلاج الأمراض النفسية والعقلية ، ونعني بها وظيفة « أخصائي القياس النفسي(٢) » •

٤ — ان رعاية المرضى في مستشفياتنا الحكومية رغم أنها تحسنت كثيرا عما كانت عليه قبل سنوات ، لا تزال دون المستوى المنشود • وهذا يرجع بطبيعة الحال الى الامكانات المادية بالدرجة الأولى ، ويرجع ثانيا الى أشخاص واتجاهات العاملين بسائر مرافق المستشفى والذين يتصلون بالمريض أكثر من اتصال اطبائه به •

---

(١) يقصد بالمحللين النفسيين Psychoanalysts أتباع المدرسة الفرويدية في التحليل النفسي ، وهم يعدون لمهمتهم في معاهد معدودة بأوربا وأمريكا تمتد الدراسة فيها الى خمس سنوات ويجرى في السنة الأولى منها تحليل نفسي كامل للطالب نفسه • أما المحللون على مذهب آدلر أو يونج فيطلق عليهم بالانجليزية Analysts • واما التسمية العامة لكل من يباشرون العلاج النفسي على اختلاف أساليبهم ومذاهبهم فهي « المعالجون النفسيون » Psychotherapists.

(٢) Psychometrist

ان المفروض فى رعاية المرضى ألا ينقص مستوى معيشتهم داخل المستشفى بشكل عام عن مستوى المعيشة الذى تعودوا عليه خارج المستشفى ، والا كانت النتيجة هى احساس المرضى بالحقارة وبأنهم دون المستوى الانسانى وبأن المجتمع يعاملهم معاملة مختلفة لسبب مرضهم !

وينصب هذا على أسرة النوم ونظافة العنابر وتجميلها ومدى اكتظاظها بالأسرة ••• وينصب أيضا على الطعام وجودته وكمياته ومكانه ونوع الخدمة فيه ••• وينصب كذلك على الترويح ، الذى لو اعتبرناه أمرا ذا قيمة فى حياة الفرد العادى فهو ضرورة لا يمكن الاستغناء عنها بالنسبة للمريض الذى يقيم اقامة طويلة بالمستشفى •• وما لم تتوافر الوسائل الترويحية بالمستشفى يضطر المرضى الى الجلوس ساعات طويلة دون ما عمل أو تسلية ، مما يدفعهم الى اجترار آلامهم والانكماش الى عالمهم الخاص ، ويهدم بالتالى جميع المحاولات فى سبيل شفائهم !!

وتنصب الرعاية بوجه عام على معاملة المريض فى المستشفى التى ينبغى أن يشعر خلالها بالاحترام من جميع من يتعاملون معه ، وبوجود من يهتم اهتماما صادقا بمتاعبه وأموره الصغيرة ومظهره وهندامه •• فلكل ذلك أثره الهام فى مدى استعادته لثقته بنفسه ودرجة تقدمه نحو الشفاء •

المستشفيات الخاصة :

الى جانب المستشفيات العقلية الحكومية التى سبق الحديث عنها ، توجد فى الجمهورية العربية المتحدة بعض المستشفيات الخاصة التى تجمعت فى العاصمة فى ضواحى حلوان والمعادى والزيتون •

وأشهر هذه المستشفيات وأقدمها « مستشفى بهمان للأمراض النفسية والعصبية » بحلوان ، الذى جذبت شهرته بعض المرضى من البلاد العربية الشقيقة ، حتى أنهم يؤلفون نسبة ٣٠٪ تقريبا من مجموع المرضى بالمستشفى فى الوقت الحالى •

وجاء في وصف الدكتور كراوس Kraus خبير هيئة الصحة العالمية لهذا المستشفى في عام ١٩٥١ ما يلي(١) :

« ... ينفرد المستشفى بموقع بديع فوق ربوة عالية ويطل على منظر رائع من كل نافذة من نوافذه ، كما أن أبنيته مصممة تصميما حديثا سواء من الداخل أو الخارج وتتميز بذوقها الفنى الرفيع ... ويتمتع المرضى فى المستشفى بالراحة التامة وبأحسن ما فى بيوتهم .. اما العلاج الطبى فيساير أحدث التطورات العلمية ويكاد يكون نموذجيا فهناك وحدة انسولين جيدة جدا ، كما يبذل القائمون على المرضى كل جهد ممكن فى سبيل الترويح والعلاج بالعمل والعلاج عن طريق الفن واعادة تنظيم خبرات المرضى . أما هيئة التمريض فانها تخضع لرقابة مباشرة من مدير المستشفى الذى يلح بصفة خاصة على ضرورة احترام شخصية المرضى وفرديتهم فوق كل شيء آخر . وهذا الاتجاه نحو المرضى بالذات وليس فقط المظهر الفاخر للمستشفى هو ما يجعل هذا المستشفى ينتمى الى أحسن المستشفيات فى العالم ... »

كان هذا بعض ما كتبه الدكتور كراوس عن المستشفى فى عام ١٩٥١ وكانت سعةالمستشفى اذ ذاك ٩٠سريرا .وعندماقام المؤلفبزيارة حديثة للمستشفى علم أن سعته زادت الى ١٢٠ سريرا ، وهى زيادة ضئيلة خلال ١٨ سنة لاتتناسب مع ما كان يتوقع من مساهمة المستشفى فى الحياة العامة المصرية ، وخاصة أنه مقصد الكثيرين من الأقطار الشقيقة كذلك .

ولا زالت رعاية المرضى بالمستشفى فى أعلى المستويات ، كما أن المستشفى يعنى عناية خاصة بالقياس النفسى الذى يتولاه خبراء منتدبون لهذا العمل .

وقد اشتهر هذا المستشفى فى الماضى باستكمال خدمات العلاج النفسى التى يباشرها معالجون نفسيون متخصصون فضلا عن العلاج الطبى الشامل (وكانت هذه احدى الميزات التى ينفرد بها بالمقارنة مع المستشفيات الحكومية الا أن العلاج بالمستشفى فى الوقت الراهن أصبح يتركز بدرجة شديدة على العلاج الطبى وحده ، وذلك رغم وجود قسم كامل بالمستشفى لأمراض العصاب !! وحبذا لو استعان المستشفى من جديد بخدمات المعالجين والمحللين النفسيين .

---

(١) «Report on Mental Health Survey in Egypt,» W.H.O. Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1951, p. 6.

وقد أضاف المستشفى مؤخرا الى أقسامه وحدة مستقلة لضعاف العقول من الأطفال ، أقام لها مبنى خاصا مكونا من طابقين وحديقة تضم مختلف وسائل الترويح واللعب • ومن مزايا هذه الوحدة أنها تقبل كل طفل يتقدم اليها ، بغض النظر عن درجة اعاقته العقلية أو عن جمع الطفل بين اعاقتين مختلفتين فى وقت واحد أو بين الاعاقة وبعض العيوب الخلقية أو التشريحية أو أحد الأمراض العصبية ، الأمر الذى لا يتوافر فى شروط التحاق الأطفال من ضعاف العقول بالمؤسسات القائمة الخاصة بهم فى ج•ع•م• من حكومية وأهلية — ويستثنى من ذلك فقط الطفل الذى يصبح وجوده فى الوحدة مصدر ازعاج للاطفال الآخرين بدرجة تعوق توجيههم •• ومن مزايا هذه الوحدة أيضا أنها ترعى كل طفل رعاية فردية وتضع له البرنامج الصحى والتوجيهى والتربوى الذى يتلاءم مع حالته وأوضاعه الخاصة •• كما أن الدار المخصصة لهؤلاء الأطفال وما بها من محتويات قد أسست على صورة تبعث الاحساس بالجمال وتثير عند الأطفال مشاعر الارتياح والائتناس •

ولنا تعليق عام على مستشفياتنا الخاصة للامراض العقلية والنفسية ، وهو أن العلاج بها باهظ التكلفة ولا يقدر عليه الا القلة الضئيلة من أصحاب الدخول العالية — ذلك أن نفقات الاقامة وحدها بالمستشفى تتراوح بين جنيهين وخمسة جنيهات عن الليلة الواحدة ، ناهيك عن نفقات العقاقير والصدمات والعلاج الشامل •• وهذا فضلا عن ضيق الأماكن بها واقتصارها على أعداد محدودة جدا من المرضى !

ونرى أنه من واجب المسئولين عن التخطيط للصحة النفسية أن يدعموا هذه المستشفيات بالانشاءات والامكانات والأموال ، وخاصة أنها تشكل مستويات رفيعة فى العلاج والرعاية •• ولا شك أن تدعيم المؤسسات القائمة الراسخة هو جانب هام من جوانب رعاية الصحة النفسية فى المجتمع • وربما كانت المجهودات التى تبذل فى سبيل ذلك أجدى وأقل تكلفة من انشاء مستشفيات جديدة دون توفير الامكانات الكافية لها •

العيادات النفسية الخاصة :

هناك عدد غير قليل من « العيادات النفسية الخاصة » فى الجمهورية العربية المتحدة لاسيما فى مدنها الكبرى ، الا ان العلاج الذى يتولاه الاطباء النفسيون فى أغلب هذه العيادات – وهم كما قدمنا من الحاصلين على دبلوم الأمراض النفسية والعصبية – هو علاج طبى أكثر منه علاج نفسى ، بل هو علاج طبى بحت فى أغلب الأحيان •

أما العلاج النفسى الذى يتولاه من أعدوا له اعـــدادا خاصا ، فليس فى الجمهورية كلها من يمكن أن يقوم به سوى اثنين من المحللين النفســـيين الفرويديين وعدد آخر لايزيد كثيرا عن عـــدد اصابع اليـــدين من المعالجين النفسيين من غير الملتزمين بمذهب فرويد للتحليل النفسى !

وبعض هؤلاء لم يؤسسوا عيادات نفسية خاصة لاسباب مختلفة ، لعل من أهمها عدم انتشار الوعى الكافى بالعلاج النفسى وبالتالى عدم تحقيق دخـل مجز تدره هذه العيادات ••• فبينما فى بلد كالولايات المتحدة يسارع الفرد الى الاستشارة النفسية لمجرد احساسه بالفتور أو لأى اختلاف بسيط فى مزاجه أو الطريقة التى يمارس بها حياته ، نجد أن مواطنينا لايتجهون الى العيادة النفسية – اذا اتجهوا – الا بعد أن تستفحل حالاتهم حتى لتستعصى احيانا على العلاج ، والا بعد أن يكونوا قد مروا – فى غالبية الأحوال – عـلى المشعوذين وكتاب الأحجبة ومن اليهم !!

ومن ناحية أخرى فان الجهد المضنى الذى يتكلفه المعالج النفسى طيلة ساعة من الزمان فى كل جلسة من الجلسات العلاجية ، لا يتقاضى هذا المعالج فى نهايته أكثر مما يتقاضاه الطبيب البشرى (الممارس العام) وفى أحسن الأحوال ما يتقاضاه الطبيب المختص على فحص يدوم دقائق معدودة •

حيرة المرضى النفسيين ازاء وجهة العلاج :

ولابد من الاعتراف بأن هناك مشكلة حقيقية تواجه من يبتلى بواحد من

هذه الأمراض النفسية .. فهو اذا كان فى قرية أو مدينة صغيرة فلن يجد من يتردد عليه للعلاج ، ولو فرضنا ان السفر الى القاهرة أو الى مدينة كبيرة أخرى أمر ميسور لهذا المريض فانه يتعذر عليه - فى أغلب الأحوال - ان يقيم فيها المدة الكافية للعلاج أو التحليل النفسى ، والتى تصل أحيانا الى أكثر من سنة يتردد خلالها على المعالج بين مرتين وثلاث مرات أسبوعيا ! واذا تحقق للمريض ذلك ، أو حتى لو كان المريض من سكان العاصمة ، فانه سيجد ان العلاج النفسى - نظرا لطول المدة التى يستغرقها - أمر مكلف على المدى الطويل .. وعلى فرض أن المريض وأهله قادرون على تحمل نفقات العلاج ، فهناك مشكلة ندرة المعالجين المتخصصين بل وانعدامهم كلية فى بعض نواحى العلاج الخاصة !!

على أن الأزمة فى المعالجين النفسيين - وان بدت فى دولتنا النامية شديدة الحدة - هى فى حقيقة الأمر أزمة عالمية تعانى منها حتى الدول المتقدمة .. فهناك دائما قصور فى نسبة المعالجين النفسيين الى الأعداد الغفيرة من المرضى . وربما كان ذلك لسبب صعوبة عمل المعالج النفسى والسنوات الطويلة والدراسات الشاقة التى يحتاجها التخصص فيه .

مواجهة الأزمة :

وقد تفتقت هذه الأوضاع فى بعض البلدان المتقدمة عن حل مريح تخطت به حدود الأزمة ، وذلك بالالتجاء الى « العلاج الجمعى » على اختلاف أساليبه وطرائقه - أى علاج عدد من المرضى معا فى مجموعات صغيرة ، مما يؤدى الى خفض كبير فى نفقات العلاج وفى عدد المعالجين وفى الجهد المبذول من جانب هؤلاء المعالجين .

وفى رأينا ان وسيلة العلاج الجمعى هى أنسب ما تكون لظروف بلد نام كبلدنا يعانى من الفقر الشديد فى المعالجين النفسيين ومن المستويات الاقتصادية المنخفضة لسواده الأعظم ، وأنه ينبغى ادخال هذه الوسيلة الى

مستشفياتنا وعياداتنا النفسية ومؤسساتنا العمالية والطلابية على اعتبار أن ذلك هو أحد الحلول الجذرية لمشكلة الصحة النفسية على المستوى العلاجى فى الجمهورية العربية المتحدة ، فضلا عن أن العلاج الجمعى وفلسفته الاجتماعية هو أقرب أنواع العلاج النفسى الى تحقيق المبدأ الاشتراكى • ونظرا لما نوليه من أهمية لهذا الحل بالنسبة لظروفنا الخاصة فقد أفردنا بعض الفصـــول المتأخرة من الكتاب لشرح نظرية العلاج الجمعى والأسس السيكولوجية التى ينبنى عليها والأساليب المستخدمة فيه ، وكذلك بعض التجارب التى أجريت عليه فى الجمهورية العربية المتحدة •

أما الجانب الآخر من مواجهة أزمة العلاج النفسى فى الجمهورية العربية المتحدة فيتمثل فى رأينا فى انشاء معهد خاص على مستوى الدراسات العليا يلتحق به المتخرجون فى أقسام الدراسات النفسية بالجامعات كما يلتحق به الأطباء والأخصائيون والاجتماعيون ،ليعدوااعدادا خاصالمهمةالعلاجالنفسى بصوره المختلفة ،وليعدبعضهملمهمةالقياس النفسىوالعقلى،وبعضهمالآخر للخدمة الاجتماعية النفسية ، الى غير ذلك من أنواع الخدمات العلاجية والتأهيلية التى يحتاجها المرضى النفسيون والعقليون •

هذا وقد سبق للمؤلف ان تقدم فى عام ١٩٥٩ بمشروع الى « لجنة التوجيه النفسى والاجتماعى » بالمجلس الأعلى لرعاية الشباب ، يستهدف تعميم الخدمات النفسية العلاجية والوقائية فى مدى خمس سنوات • ولا يزال هذا المشروع فى رأينا صالحا كنقطة انطلاق للتوسـع فى هذه الخـــدمات لتشمل أنحـــاء الجمهورية ، وهو المشروع الآتى :

يقضى المشروع بانشاء وحدة للخدمات النفســية فى كل محافظة من المحافظات ، على أن تضم هذه الوحدة الوحدات الفرعية التالية :

١ ـ عيادة للأمراض النفسية للطلاب •

٢ ـ مكتب للارشاد النفسى للشباب •

٣ - مكتب للتوجيه المهنى والتعليمى .

٤ - مكتب للخدمة الاجتماعية المدرسية .

٥ - فصلين دراسيين لضعاف العقول من الأطفال ، ومثلهما لكل من الصم والمكفوفين .

وهذا النظام المقترح يشبه النظام المتبع فى العيادة المعروفة باسم Poly-clinic أى « العيادة الشاملة » أو « العيادة المتعددة الأغراض » فى مدينة فينا بالنمسا ، فيما عدا البند الأخير الذى أضفناه لسبب النقص الشديد فى فصول التربية الخاصة (الفصول الخاصة بالاطفال المعوقين) وخاصة فى بعض المحافظات .

وتحتاج كل وحدة من وحدات الخدمات النفسية المقترحة الى عدد من المتخصصين فى فنون مختلفة هذا بيانهم :

عدد
٢ أخصائى فى العلاج النفسى .
١ طبيب نفسى .
٢ سيكولوجى للاختبارات النفسية والقياس العقلى .
٥ أخصائى اجتماعى مدرب على العمل بالعيادات النفسية .
١٢ مدرسة لفصول التربية الخاصة .

ونظرا للنقص الشديد فى عدد الأخصائيين اللازمين لمثل هذا المشروع وللجهات الأخرى التى تحتاج الى الخدمات النفسية ، اقترحنا لمواجهة النقص المقترحات التالية :

١ - انشاء معهد للدراسات النفسية المتخصصة يلحق به المتخرجون فى أقسام الدراسات النفسية بكليات الآداب ، واستقدام أساتذة اجانب للتدريس بهذا المعهد فى الأقسام التى لا تستكمل هيئة التدريس بها .

٢ - دعم الدراسة الخاصة بالارشاد النفسى القائمة بكلية التربية بجامعة عين شمس والتى يلحق بها من يقع الاختيار عليهم من الأخصائيين الاجتماعيين ومدرسى علم النفس بدور المعلمين •

٣ - ايفاد البعثات الدراسية الى الخارج استكمالا للاعداد اللازمة من المعالجين والمحللين النفسيين وكذلك استكمالا لهيئة التدريس بمعهد الدراسات النفسية المقترح •

٤ - ايفاد بعثات قصيرة الأجل للتدريب العملى على التوجيه التربوى والمهنى والارشاد النفسى ، والاطلاع على أنظمة الهيئات التى تقدم مثل هذه الخدمات فى الخارج •

٥ - الافادة من امكانات العيادات النفسية الحالية بكليات التربية والآداب والبنات بجامعة عين شمس ، وبعيادات الصحة المدرسية والعيادات النفسية الملحقة بالمستشفيات فى التدريب العملى للطلاب الذين يعدون للتخصص فى العلاج النفسى والارشاد النفسى ، أو انشاء عيادة نفسية جديدة لهذا الغرض بالمعهد المقترح •

بعض الصعوبات الخاصة للعلاج النفسى فى ج٠ع٠م :

من الوسائل التى تستخدم كثيرا فى العلاج النفسى ، محاولة ادخال تعديلات على بيئة المريض الطبيعية والنفسية - ذلك أنه مع اعترافنا بأن الهدف الاسمى لاى علاج هو العمل على زيادة استبصار المريض بنفسه وتوصله الى طرق أفضل للتعامل مع ظروفه وبيئته كما هى فى الواقع ، الا أن ضغوط البيئة الاجتماعية كثيرا ما تكون أقوى وأعتى من أية محاولة للتكيف معها أو للتفاعل المتكافىء بين المريض وبين ما يحيط به من ظروف ومعوقات •• وفى مثل هذه الأحوال فانه يصبح من المرغوب فيه جدا العمل على خفض هذه القوى الخارجية المناهضة باجراء تعديلات جزئية أو كلية ، مؤقتة أو دائمة ، فى بيئة المريض وظروفه المحيطة ، بحسب مقتضى الحال •

وعلى سبيل المثال ، فقد يكون الوضع الأسرى لأحد الطلاب بحيث يستعصى معه تكيفه الى ما بين والديه من علاقة متدهورة ، يترتب عليها شجارهما المتصل واصطباغ الجو النفسى للبيت بالثورة والهياج واضطراب وتناقض تصرفات الوالدين مع الأبناء ... وفى ظروف بعض المجتمعات الأخرى ، فانه من المألوف فى مثل هذه الحالة أن ينصح بنقل الطالب الى بيئة أصلح نفسيا لنموه من بيئة الأسرة ، كتحويله الى مدرسة داخلية مثلا ولو بصفة مؤقتة ... ومن المتبع أيضا فى بعض المراكز العلاجية أن يوضع أفراد هذه الأسرة جميعا تحت العلاج الفردى أو الجمعى ، باعتبار أن المشكلة هى مشكلة الأسرة برمتها ... ويستهدف العلاج فى هذه الحالة تعديل الاتجاهات النفسية لافراد الأسرة بعضهم نحو بعض ونحو المشكلات العامة للأسرة ، فاذا فشل فى ذلك بالطرق العادية فقد يتناول أوضاع أفراد الأسرة بالتغيير والتعديل - فينصح مثلا بانفصال الزوجين لفترة من الوقت وبادماج كل من الزوجين على حدة فى مجموعة علاجية (الهدف منها أن يخبر كل من الزوجة والزوج أنماطا جديدة من العلاقات تساعد على تعديل مفاهيمه عن العلاقات الأسرية) ثم اعادة شمل الحياة الزوجية بينهما بعد انقضاء فترة العلاج !

مثل هذه التغييرات والتعديلات فى بيئة المريض وظروفه وعلاقاته فى الأسرة والعمل والزواج قد تكون من الاجراءات العادية التى يلجأ اليها العلاج النفسى فى بعض المجتمعات الأخرى ، ولكنها تصطدم فى مجتمعنا بعقبات كثيرة منها ما يتعلق بتقاليد المجتمع وأحكامه الخلقية ، ومنها ما يتعلق بالامكانات نفسها وصعوبة احداث تغيرات مؤثرة فى بيئة المريض .

ومن هذه العقبات ما يلى :

١ - اذا اردنا أن نعزل طفلا عن اسرته لانها تشكل بيئة فاسدة لنموه فانه لمن اشق الأمور أن نجد لهذا الطفل بيئة أنسب لنقله اليها ..... اذا لم يكن يتيما فلايمكن تحويله الى ملجأ للايتام (وبعض هذه الملاجىء يشترط لقبول

الطفل أن يكون يتيم الأبوين كليهما) ··· واذا لم يكن جانحا وذا سوابق فى الجريمة فلا يمكن ايداعه فى مؤسسة للاحداث ··· واذا لم يكن لقيطا (أو فى حالة الأنثى اذا لم تكن معرضة للغواية وبدأت فعلا طريق الانزلاق) فلا يمكن الايداع فى مؤسسات الايواء ··· وان لم يكن مغتربا عن محل اقامة الوالدين فانه لا يمكن الحاقه بمدرسة داخلية ، فضلا عن أن المدارس الداخلية قد تقلصت الى عدد لا يزيد عن أصابع اليدين فى الجمهورية كلها ··· ولا يتبقى من الحلول الممكنة الا البحث عن أسرة من أسر أقارب الطفل ليعهد به اليها ان تيسر ذلك ، وخاصة أن نظام « أسر التبنى » ليس شائعا عندنا بدرجة كبيرة ولا ينسجم مع تقاليد ثقافتنا !

ويدعونا هذا الى المطالبة بانشاء عدد من الأقسام الداخلية فى كل محافظة من المحافظات · ولقد كان لدينا بالفعل عدد كبير من المدارس الداخلية فى وقت من الأوقات الا انها كادت الآن ان تنقرض ، على الرغم من أن هذه المدارس تقوم بوظيفة اجتماعية هامة هى توفير الاستقرار والأمن والبيئة الصالحة للنمو لعشرات المئات من الحالات الطلابية ، وذلك عندما تتوافر لها ظروف الرعاية والتوجيه الملائمين ·

٢ – ومن العقبات المادية فى سبيل اجراء تعديلات فى بيئة المريض ، أزمة المساكن المستحكمة فى بلادنا ·· فمن الأمور الشائعة أن تجد أسرة بأكملها – وخصوصا فى القطاعات العمالية – تقيم فى غرفة واحدة أو غرفتين ، أو تشارك أسرة أخرى فى المسكن الواحد !

ومن المعروف أن هذا الوضع يؤدى الى اضرار كبير بنفسية الأبناء فى هذه الأسر ، فعلاوة على صعوبات الاستذكار فهناك أخطار الاطلاع على أسرار العلاقة الجنسية بين الزوجين فى سن مبكرة وأخطار الاستثارة الشبقية نتيجة تلاصق الاخوة والأخوات فى منام مشترك الى غير ذلك مما يسببه ضيق المكان وازدحامه وضعته من احساسات بالضيق والسأم والكآبه !

فالظروف الاقتصادية المتدهورة لبعض الأسر هى أحد العوامل الأكيدة فى دعم المشكلات النفسية عندنا ، واذا أضفنا اليها الأزمة الخانقة فى المساكن فانه يصبح من العبث محاولة نصح المريض باجراء تعديل جوهرى فى بيئته المادية فى بعض الأحوال التى تتطلب ذلك ٠

٣ ـ ويصعب بل يتعذر فى ظروف مجتمعنا أحيانا ، أن ننقل عاملا الى غير عمله اذا كان ذلك أمرا مرغوبا فيه من وجهة نظر علاجه ٠٠٠ كما يصعب أن نجد دائما للمريض مكانا للتدريب على عمل مقصود بذاته وأن تتعاون معنا فى ذلك جهات العمل المختصة ، أو أن نجد دائما فرص التأهيل المهنى لبعض ذوى العاهات والمعوقين ، أو فصول التربية الخاصة التى تقبل طفلا يجمع بين اعاقتين ، الى غير ذلك من الاجراءات التى يرى أنها ضرورية لنجاح العلاج فى حالات خاصة ٠

٤ ـ وهناك مفاهيم وقيم أساسية مميزة لنوع الثقافة السائدة لابد أن يعيها المعالج النفسى جيدا حتى تستقيم تفسيراته واستنتاجاته بصدد ما يقابله من صور التفكير والسلوك فى حالة من الحالات ، وحتى يوجه خطته العلاجية توجيها سليما فى اطار هذه القيم والمفاهيم ٠٠ وبعض هذه القيم والمفاهيم شائع وعام فى حياتنا المصرية ، وبعضها الآخر يختلف وزنا أو نوعا من بيئة الى أخرى من بيئاتنا المحلية ٠

فمن القيم الرئيسية فى مجتمعنا المصرى بشكل عام القيم الدينية التى تشكل خطا رئيسيا فى تفكير الناس وتوجيه سلوكهم ٠ ومن الخطأ الجسيم أن يهمل التفسير الاكلينيكى تغلغل هذه القيم فى الحياة المصرية أو أن تصطدم خطة العلاج مع ما تفرضه هذه القيم من ولاءات وممارسات معينة ٠

كذلك تختلف مفاهيمنا عن أشكال وحدود العلاقة بين الجنسين فى المجتمع اختلافا جذريا عن المفاهيم المصطلح عليها فى بيئات أخرى بعضها متمدينة متقدمة ، وبعضها متخلفة تعيش على البداوة والفطرة ٠ بل ان هناك اختلافا

نسبيا بين مجتمعنا الريفي ومجتمعنا الحضرى فيما يتعلق بهذه المفاهيم . ومن واجب المعالج النفسى أن تنسجم خطته في العلاج مع نوع المفاهيم السائدة عن الجنس في المجتمع أيا كانت معتقداته الشخصية وآراؤه الخاصة - أو آراء مدرسة من مدارس العلاج النفسى - فى هذا الموضوع ، اذ أن تعارض الاتجاه العلاجى فى ذلك مع الاتجاه الثقافى لن يفيد بقدر ما يمكن أن يؤدى الى تعقيدات جـــديدة ومشكلات توافقية اضافية بالنسبة للمريض .

ومن قيمنا الأساسية أيضا الترابط القوى بين أفراد الأسرة الواحدة ، وأهل البلد الواحد ، و « العزوة » الواحدة ... ولا يفيد - بل ان الضرر فى ذلك محقق - اذا تجاهل المعالج هذه الشبكة من العلاقات والولاءات واتخذ خطة فى العلاج تتعارض مع ما لهذه العلاقات المتشابكة من تأثير وتوجيه فى الأفراد ، مهما كان رأيه الخاص فى هذه المسألة !

ولابد أن يولى المعالج أيضا أهمية خاصة للاعتبارات المصطلح عليها فى بيئة المريض خاصة بالمكانة الاجتماعية والاعتبار الاجتماعى ، وأن تتسق خطتــه العلاجية مع هذه الاعتبارات ومع نظرة المريض الخاصة اليها !

٥ - ليس هذا فحسب ، بل ان احدى الصعوبات الرئيسية التى تواجه المعالج النفسى هى محاولة الفصل بين ما هو تأثير خالص لنوع الثقافة السائدة وما ليس كذلك ... فاذا ووجه بأفكار دينية متطرفة فى حالة من الحالات، فان عليه أن يتأكد ما اذا كان صاحبها مصابا بالهوس الدينى أو أنه ينتمى الى بيئة تتغلغل فيها التأثيرات الدينية فعلا بحيث لا يختلف المريض فى تطرفه الدينى عن سائر أفراد مجموعته المرجعية ... واذا ووجه المعالج بشخص يتسلط الخوف من الحسد على حياته ، فان على المعالج أن يستوثق من عقيدة الناس حول الحسد فى بيئة المريض قبل أن يصدر حكمه بأن الخوف من الحسد هو « فكرة متسلطة » أو « وسواس حواذى » يعانى منه مريضه(١) .

---

(١) أنظر : صموئيل مغاريوس ، « الفكرة المتسلطة - دراسة اكلينيكية عربية » ، مكتبة النهضة المصرية ، ١٩٦٤ .

ويتفق هذا مع فكرة النسبية في الصحة النفسية وفي التوافق الشخصي والاجتماعي ، فان من يعتبر متوافقا في أحد المجتمعات قد لا يعتبر كذلك في مجتمع آخر - وذلك في اطار المفاهيم والأعراف والمثل السلوكية التي تميز نوع الثقافة السائدة في هذا المجتمع أو ذاك .

٦ - ومن مشكلات العلاج النفسي في مصر أيضا ، التعدد والاختلاط بين أنواع الثقافات والتيارات الفكرية ذات التأثير في حياة الناس ، هذا الاختلاط الذي يصفه القوصي(١) بقوله : « فمما لا شك فيه أنك تمر في مصر من بلد الى آخر ومن طرف المدينة الى طرف آخر فيها فتجد نفسك كأنما تقوم برحلة في أحقاب التاريخ المختلفة . فترى القديم وترى المتوسط وترى الحديث ، وترى الشرقي وترى الغربي وترى المختلط ، وترى هذا كله في فن العمارة وفي ملبس الناس وفيما يرونه من قيم الاشياء وقيم السلوك وفي ألوان تفكيرهم وأنماط سلوكهم .. وترى هذا كله في الأفراد وفي الطوائف وفي الأسر » ... ويعزو الدكتور القوصي هذا الاختلاط والتنافر الى سيادة اتجاهات ثقافية ثلاثة في الحياة المصرية - « اتجاه مصري محافظ مصطبغ بالصبغة الشرقية الروحية المحافظة ، واتجاه أجنبي مجدد مصطبغ بالصبغة الأوربية المادية المتجددة ، واتجاه ثالث يعكس في جوه بعضا من الصور الشرقية وبعضا من الصور الأوربية ... وواضح أن كل اتجاه ثقافي له ارتباطات معينة ، ويجمع هذه الارتباطات عامل واحد ... هو الشعور بالقوة أو السيطرة الذي يرتبط باتجاه أكثر مما يرتبط به الآخر . وهذا الشعور مصدر من مصادر ما نرى من الصراع وما يبدو من انعدام القدرة على التفاهم بين الجماعات المختلفة الممثلة لمختلف الثقافات ... وهذا الشعور هو أيضا مصدر لما نراه من صراعات تجري في داخل الفرد الواحد ، فتتنازع الفرد اتجاهات ، فيود أن يحافظ على شرقيته ولكن تغريه وتجذبه الاتجاهات الغربية ... فاما أن يتزمت في شرقيته على نفسه وعلى أولاده خوفا عليهم من الانجذاب

---

(١) عبد العزيز القوصي ، « التغيرات الاجتماعية والثقافية في مصر وعلاقتها بالصحة النفسية » ، الكتاب السنوي في علم النفس ١٩٥٤ ، ص ٦٩ .

بمغريات الاتجاه الغربى ، واما ان يندفع فى الغربية أكثر من الغربيين أنفسهم، واما أن يبدو خليطا عجيبا بين الاثنين ، واما أن يظهر وحدة متناسقة جمعت بين الاثنين جمعا مقبولا(١) ...

٧ — وفى الوقت الذى يطل فيه المعالج النفسى على صورة المجتمع المعاصر وما وراءها من خلفيات تاريخية واجتماعية كتلك التى تناولها البند السابق ، فلابد له أيضا من اطلالة على صورة المستقبل واتجاهاته وتطلعـــاته ... وبالنسبة لمجتمعنا فى ج٠ع٠م ٠ فاننا نمر بمرحلة التحول نحو الاشتراكية وتذويب الفروق بين الطبقات ، مع ما يتضمنه ذلك من قيم جديدة مرغـوبة كاحترام العمل اليدوى وترجيح السلوك التعاونى على السلوك التنافسى ، وتشجيع التنمية الاجتماعية على حساب التنمية الطبقية ، و « تضييق الفرص أمام السلوك الانتهازى الذى يعتمد على التلون وأمام السلوك المخاطر الذى يعتمد على الحظ والحيلة ... (٢)» ولابد أن تكون هذه الخطوط الرئيسية وغيرها من خطوط المجتمع الاشتراكى ضمن الخلفية التى يصدر المعالج النفسى عنها ايحاءاته وتوجيهاته المباشرة وغير المباشرة ومحاولاته فى مساعدة المريض على تحديد اهدافه وتقييم أعماله ورسم صورة مستقبله ٠

---

(١) عبد العزيز القوصى ، المصدر السابق ، ص ٦١ — ٦٣ ٠

(٢) أحمد زكى صالح ، « المقومات السلوكية فى مجتمعنا الاشتراكى » ، صحيفة التربية ، القاهرة ، مايو ١٩٦٤ ٠

من الذى يتولى العلاج النفسى ؟

أشرنا فيما سبق بين الحين والآخر الى الطبيب النفسى Psychiatrist والى المعالج النفسى Psychotherapist بما يفهم منه أن لكل منهما دورا خاصا يقوم به فى علاج الأمراض النفسية وبما يشير الى تكامل دوريهما مع الأدوار التى يؤديها أشخاص آخرون فى تقديم الخدمات الضرورية للعلاج ومنهم أخصائى القياس النفسى ، والأخصائى الاجتماعى النفسى ، وأخصائى العلاج بالعمل ، وأخصائى التأهيل المهنى ... الخ ، ومنهم أيضا فى حالات خاصة أخصائى الغدد ، وطبيب الأمراض العصبية .

ويفهم أيضا مما تعرضنا له من وصف وتعليق هنا وهناك أننا نرى أن أمر العلاج النفسى سواء فى المستشفيات أو فى العيادات النفسية أو مراكــز الارشاد النفسى يجب أن يعهد به الى فريق من المتخصصين الذين يعملون معا ويفكرون معا ، ولا ينبغى بحال ما أن يكون مهمة فرد واحد مهما كان تخصصه — وذلك بحكم طبيعة اضطرابات الشخصية نفسها ، وبحكم تعدد أبعاد الانسان وحاجاته ومراميه ، وكذلك بحكم التعقيد والتركيب فى شخصية الفرد البشرى وفى التأثرات التى تتأثر بها هذه الشخصية من اجتماعية وحضارية وبيولوجية ونفسية .

ومع أن الكتاب الحالى لم يقصد به أن يكون تعريفا بمواصفات كل مهنة من المهن المرتبطة بعلاج الأمراض النفسية(١)، ولا أن يكــون شرحا للأمراض النفسية وعليتها وتصنيفاتها المختلفة (٢) مما يقتضى بحثه مؤلفات كاملة ، الا اننا نحب أن نقف وقفة قصيرة أمام جدال قام فى مصر — كما قام فى بلاد أخرى — بين مناصرى رأيين فى العلاج النفسى ، أحدهما يقول بأن هذا العلاج

---

(١) يمكن الرجوع فى ذلك الى كتاب عبد المنعم المليجى ، خبراء النفوس ، مكتبة مصر ، القاهرة ١٩٥٦ .

(٢) يمكن الرجوع فى ذلك الى كتاب : مصــطفى فهمى ، علم النفس الاكلينيكى ، مكتبة مصر ، القاهرة ١٩٦٧ .

هو فرع من الطب وبهذا الوصف فلا يجب أن يمارسه غير الأطباء والآخر يقول بأن الأمراض النفسية هي في حقيقة أمرها « اضطرابات سلوكية » وأن تسميتها بالأمراض هي تسمية مجازية ليس الا (كما نطلق لفظ الأمراض على العلل والآفات الاجتماعية مثلا) كما أن طريقة تناول هذه الاضطرابات بالتحليل النفسي والأساليب المشابهة تختلف أيضا عن طريقة تناول الأمراض العضوية ، فلا شأن لها بالطب ، وشأنها كله يتعلق بفرع آخر من فروع المعرفة الانسانية يدور حول الجهاز النفسي ، واستدعاء الصراعات اللا شعورية المكبوتة الى حيز الشعور ، والتداعي الحر ، والتفريغ ، والتحويل أو الطرح ، والاستبصار ، وتحليل الأحلام ، الى غير ذلك من العمليات والأساليب الفنية الخاصة للعلاج والتحليل النفسي !

ويمكن لمن أراد أن يطلع على وجهة النظر الكاملة لكل من الفريقين ، أن يقرأ وجهة النظر الأولى في كتاب « الطب النفسي في الحياة العامة(١) » ووجهة النظر الثانية في كتاب « مشكلة التحليل النفسي في مصر(٢) » على اختلاف الزمن بين صدور الكتابين ... ولقد كان التصور أن النزاع بين وجهتي النظر الذي ارتبطت بدايته في مصر بالدعوى المقامة ضد أحد المشتغلين بالعلاج النفسي من غير الأطباء(٣) (القضية رقم ٥١٨٠ سنة ١٩٣٦ أزبكية) واحتدم زمنا طويلا ، قد حسم وانتهى أمره بصدور القانون رقم ١٩٨ لسنة ١٩٥٦ بتنظيم مهنة العلاج النفسي – حيث سمح هذا القانون بمزاولة المهنة للأطباء النفسيين الحاصلين على دبلوم الأمراض العصبية والنفسية ، كما سمح بذلك لغير الأطباء ممن توفروا على دراسات نفسية متخصصة وباشروا العلاج النفسي في عيادات معترف بها ، وقد درست حالة كل من هؤلاء الأخيرين على حدة بواسطة لجنة فنية بوزارة الصحة ومنح منهم من منح رخصة

---

(١) صبري جرجس ، الطب النفسي في الحياة العامة ، مكتبة النهضة العربية ، القاهرة ، ١٩٦١ .

(٢) محمد فتحي ، مشكلة التحليل النفسي في مصر ، مطبعة مصر ، القاهرة ١٩٤٦ .

(٣) محمد فتحي ، المرجع السابق ، ص ١٩ .

العلاج النفسى ... كان التصور أن النزاع قد حسم نهائيا بصدور هـذا القانون ، الا أن واقع الأمر أن النقاش حول الموضوع لا يزال يدور بين الحين والحين ، تعلو خلاله بعض الصيحات المطالبة بقصر ميدان العلاج النفسى على الأطباء أو - فى أحسن الأحوال - أن يترأس الأطباء هذا العلاج ويعمل غيرهم فيه - اذا عملوا - تحت اشرافهم وبمقتضى مشورتهم وتوجيههم !!

يحدث هذا فى الوقت الذى يكاد يكون العلاج النفسى فى ج.ع.م . بالفعل حكرا على الأطباء النفسيين ، والذى يفتقر فيه الميدان افتقارا شديدا الى الخدمات النفسية والتحليلية التى لا يستطيع أن يقدمها سوى المعالجين النفسـيين المتخصصين وهم من الندرة بحيث لا يكاد يفيد من خبراتهم الا القليلون من المرضى !

أما عن الاعداد الحالى للأطباء النفسيين فى ج.ع.م .فيشير اليه الدكتور صبرى جرجس فى كتابه بقوله : « ان المواد التى تتضمنها دراسة التخصص فى الطب النفسى بوضعها الراهن لا تكاد تؤهل صاحبها ، ان أهلته لشىء ، الا للعمل داخل المستشفيات العقلية . والمستشفيات العقلية لا تمثل الآن الا قطاعا صغيرا فى ميدان الطب النفسى ...(١) » ثم يردف : « ان مدة الدراسة هذه على قصورها وعدم كفايتها(٢) موزعة بين فرعين مختلفين تماما من فروع التخصص الطبى هما الطب النفسى والطب العصبى ، عدا ما تشتمل عليه أيضا من دراسة للطب الباطن ...(٣) » .

ويشير بعد ذلك الى القصور الواضح فى جانب الدراسات النفسـية والدراسات التحليلية وما يرتبط بهما من فروع المعرفة الانسانية فى اعداد

---

(١) صبرى جرجس ، المرجع السابق ، ص ٢٣٢ .

(٢) مدة الدراسة لدبلوم الأمراض العصبية والنفسية سنة واحدة بعد الحصول على بكالوريوس الطب .

(٣) صبرى جرجس ، المرجع السابق ، ص ٢٣٣ .

الطبيب النفسى فى ج٠ع٠م ٠ ويصل من تحليله الى النتيجة المتوقعة عما يجرى فى كثير من العيادات النفسية والمتضمنة فى الفقرة الآتية :

« ٠٠٠ نرجو الا يتصدى لتوجيه الناس وحل مشاكلهم والبت فى أقدارهم من لا يستطيع أن يعطيهم من وقته وجهده ما يكفى للانصات الى شكاواهم فى صبر وأناة ، ولا نقول فى ادراك وفهم ٠ نرجو ألا يتصدى للعمل فى ميدان الطب النفسى من لا يعرف أن التاريخ المرضى للحالات العقلية أو النفسية لا يجوز ، ولا يمكن ، أن يؤخذ فى الدقائق القليلة التى هى قصارى ما يسمح به وقت الطبيب اذا غلبت اعتبارات الكم فى العمل لديه معايير الكيف ٠ نرجو ألا يتصدى للعمل فى ميدان الطب النفسى من لا يصل قصارى جهده فى تناول الاضطراب العقلى أو النفسى على تعدد صوره ونماذجه الى أكثر من تذكرة طبية واحدة تستخدم على مر السنين كأنها تميمة أو حجاب ، « تعالج » الفصام كما تعالج القلق والوسواس والانحراف الجنسى وغيرها من صنوف المرض والاضطراب ، ومن تعوزه الدراسة المتخصصة التى تجعله مستطيعا أن يفهم المعنى وراء المظهر والعلة وراء العرض ٠ نرجو ألا يتصدى للعمل فى ميدان الطب النفسى من لا يعرف من أنواع المرض فى هذا الميدان الا « الأعصاب » المتعبة أو المرهقة ، الضعيفة أو الحساسة ، ومن لا يعرف من أنواع العلاج فى هذا الميدان الرحب الفسيح الا التذكرة الطبية أو الصدمات الكهربائية يشير بها أو يجريها لكل طارق بابه ، لا فرق عنده أن يكون قاصده مريض فصام أو قلق أو وسواس أو نقص عقلى أو ضعف أو برود جنسى أو اضطراب سلوكى أو غير ذلك مما لا يستطاع عده أو حصره ، فالكل لديه سواء دون تردد أو استثناء(١) ٠ »

ثم يمضى الدكتور صبرى جرجس فى دعم وجهة نظره بضرورة وأهمية الدراسات النفسية والأنثروبولوجية والتحليلية وغيرها من فروع الدراسات

---

(١) صبرى جرجس ، المرجع السابق ، ص ٢٤٣ – ٢٤٤ ٠

الانسانية فى اعداد الطبيب النفسى فيورد أمثلة لبرامج هذا الاعداد فى بعض المعاهد الطبية فى الخارج ، فى دراسات يستغرق بعضها ثلاث سنوات بعد الانتهاء من دراسة الطب العام ، ويستغرق بعضها الآخر - الذى يتبع نظام التدريب الفردى تحت اشراف أستاذ من أربع سنوات الى ست وقد تزيد(١) ··· ولولا رغبتنا فى تحاشى الاطالة لاوردنا هنا نماذج من هذه البرامج التى أحتواها كتابه بالتفصيل (٢) والتى تنصب الكثرة الغالبة لبنودها على دراسة المبادىء الأساسية لعلم النفس والميكانيزمات اللا شعورية وسيكولوجية العلاقات الأسرية وعلم النفس الاجتماعى ونواحى العلاج النفسى الفردى والجمعى وغيرها من الموضوعات النفسية والتحليلية ·

ونحن نقدر للدكتور صبرى جرجس - وهو من أشهر الأطباء النفسيين فى بلدنا وأطولهم باعا وأكثرها تعمقا فى البحث العلمى النفسى وتشبعا به واسهاما فيه - نقدر له غيرته الشديدة على أن يعد الأطباء النفسيون اعدادا سليما شاملا فى النواحى النفسية كما فى النواحى الطبية ·· ولكننا نتساءل : هل اذا مددت الدراسة للحصول على مؤهل فى الطب النفسى الى ثلاث سنوات (كما هو النظام المتبع فى أحد مناهجها فى الخارج) أو الى ست سنوات (وهو النظام المتبع فى منهج آخر) تلى السنوات السبع للحصـــول على بكالوريوس الطب فى ج·ع·م ·أى اذا أصبح اعداد الطبيب النفسى يستغرق بين ١٠ ، ١٣ سنة من الدراسة العالية ، فهل تجد هذه الدراسة من يلتحق بها !؟ واذا وجدت فدائيا أو فدائيين ممن يشغفون بالعلم ومتابعته الى هذه الدرجة ، فهل يمكن أن يصبح ذلك هو السبيل لاعداد جميع المشتغلين بمهنة من المهن مهما سمت ومهما كان عائدها المادى أو الأدبى !؟

---

(١) صبرى جرجس ، المرجع السابق ، ص ٢٣٢ ·
(٢) صبرى جرجس ، المرجع السابق ، ص ٢٢٦ - ٢٢٩ ·

والتساؤل الآخر هو : هل يحتاج المحلل أو المعالج النفسى حقا أن يكون ممارسا عاما فى نفس الوقت ؟ وهل هناك جدوى حقيقية فى الجمع بين شتات أنواع مختلفة من المعرفة كل منها يحتاج الى تخصص دقيق طويل يختلف تماما عن التخصص الآخر !؟

ان الاجابة عن هذين السؤالين قد قدمها «فرويد» أبو التحليل النفسى ومبتكر طريقته ، وقد كان طبيبا قبل أن يفتح أمام الدنيا كلها آفاق الحياة النفسية اللا شعورية ، ورأيه فى الموضوع رأى معروف وقد كتب فيه فصولا مسهبة بعنوان « The Question of Lay Analysis » ويتلخص هذا الرأى فى أن التحليل النفسى ليس من الطب فى شىء وأنه لا يحتاج الى الدراسة الطبية وأن بوسع غير الاطباء أن يمرنوا عليه وأن يزاولوه ... ولا نظن أننا بحاجة الى اضافة حجج أو أمثلة أكثر من تلك التى ساقها فرويد نفسه للتدليل على هذا الرأى(١) .

على أننا نريد أن ننظر الى الموضوع من زاوية أخرى نعبر عنها فى صيغة سؤال جديد ، والسؤال هو : من منا يقصد طبيبا واحدا ليعالجه من الزوائد الانفية وليعالج أسنانه وقلبه ومرضه الجلدى ورمده الحبيبى فى وقتواحد !؟ .. ان هذا لا يحدث اطلاقا فى عصرنا المتحضر حتى فى نواح متقاربة مترابطةمن فرع واحد كبير من فروع المعرفة الانسانية هو الطب البشرى .. فالتخصص هو سيماء الحياة المتحضرة وغاية العلم . ولا يمنع هذا التخصص – بل انه ليقتضى – أن يطلب الممارس العام مثلا رأى طبيب الاسنان فى التأثير المحتمل

---

(١) يمكن لمن يريد أن يطلع على رأى فرويد وحججه فى ذلك باللغة العربية ، أن يقرأها فى كتاب : محمد فتحى ، مشكلة التحليل النفسى فى مصر .

لفساد أسنان أحد مرضاه على حالته الصحية العامة أو العكس ٠٠ والمجال هنا ليس مجالا للمكابرة أو لأن يدعى واحد منهما أن الآخر لا يجوز له أن يباشر عمله الا باشرافه وتوجيهه ، وعلى العكس المجال مجال تعاون علمى وتضافر بين جهود أخصائيين متعددين على معاونة وشفاء مريض ما ، لا بل انسان ما !

ولا يختلف الشأن فى هذا عن علاج المرضى النفسيين ، بل ربما زادت فى هذه الحالة متطلبات التعاون والتضافر بين جهود كثيرة متخصصة ، منها كما ذكرنا فى مقدمة الحديث جهود طبية فى تخصصات مختلفة (وليست بأية حال جهود الممارس العام) كالطب النفسى والطب العصبى ، وطب الغدد ، ومنها التحليل النفسى ، ومنها العلاج النفسى بوسائله الفردية والجمعية ، ومنها القياس النفسى والاختبارات العقلية ، والتأهيل المهنى ، والعلاج بالعمل ، والخدمة الاجتماعية النفسية ، والخدمات الترويحية ، والعلاج عن طريق اللعب ، والعلاج بالموسيقى ، والعلاج بالفن الخ ٠ ٠

من هو البطل المغوار الذى يتصدى لكل هذه الأنواع من الدراسات ليبلغ فى كل واحدة منها درجة الاتقان والتخصص ؟ وكم يتبقى من عمره لممارسة علاج الأمراض النفسية بعد أن يتوفر على كل هذه الدراسات !؟

لعلنا نكون قد أوضحنا بعض مبررات وجهه النظر التى ننادى بها - والتى تمثل ما يعمل به فعلا الآن فى كثير من المستشفيات والعيادات الحديثة - من أنه ينبغى أن يقوم على العلاج النفسى فريق من الفنيين المتخصصين يعملون معا ويفكرون معا فى خدمة المريض الفرد ٠

ولعلنا أيضا أن نكون قد أكدنا الحاجة الماسة الى انشاء معهد عال للدراسات النفسية التخصصية الذي سبق لنا اقتراحه في موضع آخر من هـذا

الفصل ، لتخريج هؤلاء الفنيين المختلفين ٠٠ يلتحق به ذوو الخلفيـــات الدراسية النفسية أو الاجتماعية أو الطبية ، ويتخصص كل منهم فيمـــا يستطيع التخصص فيه ٠٠ ولندع الى « تفتح جميع الأزهار » كما يقول المثل الصينى ، فى خدمة وعلاج وتأهيل وتقويم شخصية المرضى النفســـيين أو المضطربين انفعاليا !

الفصل الثالث

خدمات الارشاد النفسى

الارشاد النفسى(١) هو نوع من أنواع الخدمات النفسية • والخدمات الارشادية هي خدمات توجه الى أشخاص من غير المرضى ، فهم أسوياء بمقدار ولكنهم يعانون من مشكلات انفعالية عجزوا عن التغلب عليها بمفردهم •

ويهتم الارشاد النفسى بالفرد أكثر من اهتمامه بالمشكلة ، حيث يسعى الى تهيئة هذا الفرد لحل مشكلته الراهنة وكذلك لحل المشكلات الشبيهة التى يمكن أن تواجهه فى المستقبل – « وذلك نتيجة للنمو الذى يحدث له خلال عملية الاستشارة وما يتضمنه هذا النمو من تعديل فى اتجاهاته وقيمه واستبصاره (٢) • »

والارشاد النفسى هو شيء أعلى درجة من التوجيه(٣) ، الذى يقتصر مفهومه عادة على التوجيه التربوى والتوجيه المهنى والذى يرمى الى مساعدة فرد من الأفراد على الاتجاه الى نوع الدراسة أو المهنة التى يستطيع أن يحرز فيها نجاحا (تؤهله له استعداداته وميوله وطبيعة شخصيته) أو الى مساعدته على التغلب على مشكلة محددة فى مجال الدراسة أو المهنة(٤) •

وفى العادة فان الجهات التى تقوم بالخدمات الارشادية تقوم أيضا بالخدمات التوجيهية ، وقد يتطرق عملها فى جانب منه الى الخدمات العلاجية كذلك •

---

(١) Counseling

(٢) عطية محمود هنا ، التوجيه التربوى والمهنى ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة ١٩٥٩ ، ص ١٧ •

(٣) Guidance

(٤) عطية محمود هنا ، المرجع السابق •

ومن أهم الجهات التى تقدم هذه الخدمات للطلاب فى الجمهورية العربية المتحدة جهتان رئيسيتان :

(أ) عيادات الارشاد النفسى الملحقة ببعض الكليات الجامعية ٠

(ب) مكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية فى المديريات التعليمية ٠

أولا : عيادات الارشاد النفسى

هناك فى الوقت الحالى ثلاث عيادات نفسية للخدمات الارشادية والتوجيهية للطلبة والطالبات ملحقة بثلاث كليات جامعية ، هى كليات التربية والآداب والبنات من كليات جامعة عين شمس ٠ والغريب أن هذه العيادات تتركز فى القاهرة بل فى جامعة واحدة من جامعاتنا ! !

وتخدم هذه العيادات بالدرجة الأولى حالات عدم التوافق الانفعالى والاجتماعى وحالات عدم التوافق المدرسى لدى الطلاب والطالبات ، كما تقبل أيضا حالات العصاب وتقدم لها الخدمات العلاجية المناسبة ولكنها لا تقبل حالات المرض العقلى من أى نوع ٠

وسنعرض فيما يلى صورة لاحدى هذه العيادات وهى العيادة النفسية بكلية التربية ، باعتبارها أول وأقدم عيادة من نوعها فى الجمهورية العربية المتحدة بل فى العالم العربى كله ، وباعتبار أن صورة العمل بهذه العيادة تصلح فى رأينا لأن تكون نموذجا للعيادات الشبيهة ولمراكز الخدمة الارشادية والعلاجية التى قد يفكر فى انشائها فى المستقبل ٠ ومن جهة أخرى فان خبرة المؤلف بهذه العيادة (التى عمل فيها منذ عام ١٩٥٢ حتى اليوم) تتيح له التحدث عنها بدرجة كبيرة من الثقة ٠

العيادة النفسية بكلية التربية :

أنشأ هذه العيادة فى عام ١٩٣٤ الأستاذ الدكتور عبد العزيز القوصى(١) عندما كان أستاذا لعلم النفس فى « معهد التربية العالى للمعلمين بالقاهرة » الذى أصبح فيما بعد « كلية التربية بجامعة عين شمس » وعاونه فى العمل بالعيادة عند تأسيسها كل من المرحوم الدكتور حسن عمر أستاذ الصحة المدرسية بمعهد التربية اذ ذاك ، والطبيب النفسى الدكتور عبد العزيز سامى ، والسيدة زاهية مرزوق بوصفها بذلك الوقت زائرة اجتماعية(٢) ٠

وكان الهدف من انشاء هذه العيادة فى أول الأمر علاج وتوجيه حالات التلاميذ المشكلين من تلاميذ المدرسة التجريبية الملحقة بمعهد التربية ٠٠ ومع نمو العيادة واتساع العمل بها ، أصبحت تقبل حالات التلاميذ والطلاب من سائر المدارس والمعاهد العليا فى جميع مراحل التعليم ٠

وقد بنت العيادة خطة العمل بها منذ نشأتها على أساس تضافر الجهود النفسية والطبية والاجتماعية فى العلاج ٠ ولازالت هذه خطتها حتى اليوم حيث يشترك فريق من الأخصائيين فى تقديم الخدمات للحالات المختلفة ٠٠ ويجتمع هذا الفريق فى جلسة عامة كل أسبوع لمناقشة الحالات وتكوين رأى نهائى فى التشخيص وخطة العلاج ٠

---

(١) يعمل الدكتور القوصى حاليا مديرا للمركز الاقليمى لتدريب كبار موظفى التربية والتعليم ، التابع لليونسكو ببيروت ٠ وقد تقلد قبل ذلك عدة مناصب هامة فى الدولة ، فكان عميدا لكلية التربية بجامعة عين شمس ، ثم مستشارا فنيا لوزارة التربية والتعليم ، ثم ممثلا رسميا للجمهورية العربية المتحدة لدى اليونسكو ٠

وهو صاحب مرجعين كبيرين من أول وأهم المراجع العربية فى علم النفس والصحة النفسية هما « أسس الصحة النفسية » و « علم النفس تطبيقاته وأسسه التربوية » ، وهو عضو معروف فى كثير من الهيئات وجمعيات علم النفس الدولية ٠

(٢) هذه البيانات مستقاة من الدكتور القوصى شفاها ٠

ويتألف فريق العيادة من المعالجين والمرشدين النفسيين من أعضاء هيئة التدريس بقسم الصحة النفسية بالكلية ، ومن أخصائيي القياس النفسى وهم أيضا من بين أعضاء هيئة تدريس القسم ومعيديه المدربين ، ومن متخصصة في التحليل النفسي ، وطبيب نفسى ، وأخصائيات وأخصائيين اجتماعيين للمقابلة المبدئية والبحث الاجتماعى للحالات ٠

وتقبل العيادة التلاميذ والطلاب من كل سن ومرحلة دراسية ، كما تقبل أيضا حالات المدرسين والمدرسات ايمانا منها بضرورة الاهتمام بصحتهم النفسية باعتبارهم قادة الجيل ذوى التأثير الخطير على الصحة النفسية لطلابهم٠

والعلاج بالعيادة مجانى في جميع الأحوال ٠ وتحول الحالات اليها اما عن طريق المدارس والكليات أو مكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية ومكاتب الأحداث أو من أولياء أمور التلاميذ والطلاب أو من أصحاب الحالات أنفسهم ٠

ومن الحالات التى تهتم بها العيادة بصفة خاصة حالات القلق المرضى بين الشباب والمراهقين ، وحالات التخلف الدراسى ، وعيوب النطق واضطرابات الكلام ، وحالات التبول اللا ارادى ، والانحرافات الجنسية ، والمشكلات التوافقية على اختلاف درجاتها ٠ وتستخدم العيادة عديدا من وسائل العلاج النفسى فى العمل مع هذه الحالات – من بينها التحليل النفسى ، والعلاج الجمعى ، والعلاج غير الموجه ، والعلاج عن طريق اللعب ، والعلاج المساند ، والتوجيه والارشاد النفسى ٠

ولا تقصر عيادة كلية التربية اهتمامها على التوجيه والعلاج ولكنها توجه جانبا من هذا الاهتمام الى تدريب بعض طلاب الدراسات العليا بالكلية ومن الإخصائيين الاجتماعيين على المعاونة فى أعمال العيادات النفسية ، كما تهتم بإجراء البحوث التجريبية فى وسائل العلاج المختلفة ، وكذلك بتمصير اختبارات الذكاء واختبارات الشخصية وتقنينها بحيث تلائم البيئة المصرية ٠

الاختبارات النفسية المستخدمة في التشخيص :

لقد كان أحد الاهتمامات الرئيسية لعيادة كلية التربية منذ نشأتها ، العمل على ايجاد ونشر الاختبارات السيكولوجية الملائمة للتطبيق في البيئة المصرية . ولقد أسهمت العيادة في بداية تكوينها مع أساتذة « معهد التربية » في حركة ادخال مقاييس الذكاء والاختبارات الموضوعية الى مصر(١) . وكان من بين الاختبارات والمقاييس المتقدمة التي ظهرت في الثلاثينات ما يلي :

- مقياس « استنفرد - بينيه » للذكاء - اعداد وتصنيف اسماعيل القباني .

- اختبار الذكاء الابتدائي (جمعي) تأليف اسماعيل القباني .

- اختبار الذكاء الثانوي (جمعي) تأليف اسماعيل القباني .

- اختبار الذكاء المتوسط (جمعي) تأليف اسماعيل القباني وعبد العزيز القوصي .

- اختبار رسم الرجل (عملي) - وقد قننه مشيل اسكندر(٢) باشراف عبد العزيز القوصي على ألفي حالة مصرية .

---

(١) يعتبر المرحوم الأستاذ اسماعيل القباني رائد حركة ادخال مقاييس الذكاء الى مصر ، التي كان اهتمامه بها جزءا من جهوده في سبيل نشر رسالة « التربية الحديثة » في مصر . وقد شغل القباني منصب عميد معهد التربية العالي للمعلمين بالقاهرة ، ثم عين مستشارا فنيا لوزارة التربية والتعليم فوزيرا لها .

(٢) انظر « رسائل معهد التربية الابتدائي عام ١٩٣٥ » في مكتبة كلية التربية بجامعة عين شمس (غير منشورة) .

وقد أعاد الأستاذ الدكتور مصطفى فهمي تقنين هذا الاختبار على عينة جديدة في الريف المصري في عام ١٩٥٢ .

هذا غير عدد من الاختبارات الموضوعية فى « التفكير الحسابى » و « العمليات الحسابية » و « معانى الكلمات الانجليزية » وهى الاختبارات التى أعـــدها للاستعمال فى المدارس المصرية اسماعيل القبانى ومحمد عبد السلام أحمد ٠

وقد ظل الاهتمام بتعريب وتقنين وتأليف الاختبارات السيكولوجية الى اليوم واحدا من الاهتمامات الأساسية للعيادة النفسية بكلية التربية ، ولقسمى الصحة النفسية وعلم النفس التعليمى بهذه الكلية ٠ وشارك فى هذا المجال كذلك بعض أقسام الدراسات النفسية بكليات الآداب ، مما كان له أثره فى توافر عدد كبير من الاختبارات السيكولوجية باللغـــة العربية فى الوقت الحاضر ٠

ولدى العيادة النفسية بكلية التربية — حاليا — الى جانب الاختبـــارات الأجنبية المعروفة من اسقاطية وعملية وغيرها — الاختبارات الآتية باللغـــة العربية :

١ — اختبارات الذكاء الجمعية :

(أ) اختبار الذكاء غير اللفظى لتلاميذ المرحلة الابتدائية — عطية محمودهنا ٠

(ب) اختبار المقدرة العقلية العامة — عطية محمودهنا ٠

(حـ) اختبار الذكاء المصور — أحمد زكى صالح ٠

(د) اختبار القدرات العقلية الأولية — أحمد زكى صالح ٠

(هـ) اختبار الذكاء العام والقدرة على حل المشكلات — مصـــطفى فهمى وعماد الدين اسماعيل ٠

(و) اختبار الذكاء العقلى للمرحلة الثانوية والجامعات — رمزية الغريب ٠

(ز) اختبار الذكاء الاعدادى ـ السيد محمد خيرى ٠

(ح) اختبار الذكاء العالى ـ السيد محمد خيرى ٠

٢ ـ اختبارات الذكاء الفردية :

(أ) اختبار ستانفورد ـ بينيه (لترمان) ـ لويس كامل ومحمد عبد السلام أحمد ٠

(ب) مقياس وكسلر لذكاء الأطفال ـ عماد الدين اسماعيل ولويس كامل ٠

(ح) مقياس وكسلر لذكاء الراشدين والمراهقين ـ عماد الدين اسماعيل ولويس كامل ٠

٣ ـ اختبارات الاستعدادات الخاصة :

(أ) اختبار الاستعداد ـ مصطفى فهمى ٠

(ب) مقياس الذكاء الاجتماعى ـ عماد الدين اسماعيل وسيد عبد الحميد مرسى ٠

(ح) مجموعة اختبارات القدرة الفنية ـ عماد الدين اسماعيل ٠

(د) اختبارات القدرة الكتابية ـ محمد عبد السلام أحمد ٠

(هـ) تصور البعد الثالث ـ محمد عبد السلام أحمد ٠

(و) المعالجة الذهنية للصور ـ محمد عبد السلام أحمد ٠

(ز) مجموعة اختبارات المهن الكتابية ـ عماد الدين اسماعيل وسيد عبد الحميد مرسى ٠

(ح) اختبار سرس الليان في القراءة الصامتة ـ محمود رشدى خاطر ٠

(ط) اختبار الاتجاه العلمى ـ محمود عوف ٠

٤ ـ اختبارات القدرة الابداعية :

اختبار القدرة على التفكير الابتكارى ـ عبد السلام عبد الغفار ٠

٥ - اختبارات الميول المهنية :

(أ) اختبار الميول المهنية (لكودر) - أحمد زكى صالح .

(ب) اختبار الميول المهنية (لسترونج) - عطية محمودهنا .

(حـ) اختبار الميول المهنية واللا مهنية - عبد السلام عبد الغفار .

٦ - اختبارات القيم :

اختبار القيم - عطية محمودهنا .

٧ - اختبارات الشخصية :

(أ) اختبار الشخصية للأطفال - عطية محمودهنا .

(ب) اختبار الشخصية للمرحلة الاعدادية والثانوية - عطية محمودهنا .

(حـ) اختبار الشخصية للمرحلة الابتدائية - سيد غنيم وعبد السلام عبد الغفار .

(د) اختبار الشخصية للمرحلة الاعدادية والثانوية - سيد غنيم وعبد السلام عبد الغفار .

(هـ) اختبار الشخصية للكبار والراشدين - عطية هنا وسيد غنيم وعبد السلام عبد الغفار .

(و) اختبار الشخصية المتعدد الأوجه - عطية محمودهنا وعماد الدين اسماعيل ولويس كامل .

(ز) اختبار الشخصية - أحمد زكى صالح .

(ح) اختبار الصفات الانفعالية - أحمد زكى صالح .

(ط) حدد مشكلتك بنفسك - مصطفى فهمى وصموئيل مغاريوس .

(ى) اختبار ساكس لتكملة الجمل (اسقاطى) - أحمد عبد العزيز سلامه

(ك) بطاقة بلاك لتحليل الاستجابات لاختبار تفهم الموضوع - أحمد عبد العزيز سلامه .

(ل) بطاقة تقييم الشخصية ـ عماد الدين اسماعيل وسيد عبد الحميد مرسى •

(م) مقياس الارشاد النفسى ـ عماد الدين اسماعيل وسيد عبد الحميد مرسى •

(ن) مقياس الصحة النفسية ـ عماد الدين اسماعيل وسيد عبد الحميد مرسى •

(س) كراسة ملاحظة لتقدير سمات الشخصية ـ عماد الدين اسماعيل وعطية هنا •

(ع) مقياس التفضيل الشخصى ـ جابر عبد الحميد •

(ف) اختبار الشخصية السوية ـ سيد غنيم •

(ص) اختبار الشخصية ـ عثمان نجاتى •

(ق) اختبار التوافق ـ عثمان نجاتى •

وعلى الرغم من هذا العدد الكبير من الاختبارات النفسية باللغة العربية ، فان الجانب الأكبر من الاختبارات لا يزال غير مقنن بالنسبة للبيئة المصرية ، ولا زالت الحاجة ماسة الى وجود « بطاريات » كاملة من اختبارات الذكاء التى يمكن الوثوق بها وثوقا تاما ، كما لا تزال هناك حاجة الى ايجاد اختبارات ذكاء تلائم البيئة الريفية والأفراد الأميين والفئات الخاصة • وفى خطة العيادة للأعوام المقبلة أن تبذل مجهودات فى سبيل انجاز هذه المشروعات وغيرها •

مقترحات بصدد الارشاد النفسى فى الجامعات :

ان العمل الذى تقوم به عيادات الارشاد النفسى الثلاث بجامعة عين شمس هو لاشك عمل هام ، الا أنه من غير المعقول أن تكون هناك مصلحة عامة فى بقاء ثلاث عيادات فى وقت واحد فى جامعة واحدة مع حرمان باقى الجامعات وباقى محافظات الجمهورية من خدمات مماثلة !

والرأى عندنا أن تكتل الجهود التي تقوم بها هذه العيادات الثلاث بتجميعها فى مركز واحد للخدمات الارشادية والعلاجية بالجامعة ، على أن يؤسس مثل هذا المركز فى كل جامعة من جامعات الجمهورية ٠

ويمكن أن تتعدد الخدمات التى يقدمها مثل هذا المركز وأن يختص بكل فرع من فروع الخدمة فيه مجموعة من الخبراء ٠٠ ونقترح أن يضم المركز فرعا للخدمات الارشادية والتوجيهية لطلاب الجامعة بكلياتها المختلفة ، وفرعا آخر يتجه بخدماته الى طلاب مرحلة التعليم العام ، وفرعا ثالثا يركز على علاج الأمراض النفسية ٠٠٠ ولا مانع من اضافة فروع أخرى بحسب الحاجة ووجود التخصصات المطلوبة ٠ ومن الفروع التى يمكن اضافتها فرع تخصصى فى علاج أمراض الكلام وفرع للعلاج عن طريق اللعب للأطفال ٠

ولا يتعارض وجود هذا المركز المقترح مع قيام بعض الخدمات التوجيهية المحدودة للطلاب داخل الكليات ، فى صورة نظام الريادة أو غيره من نظم رعاية الطلاب ٠٠ على أن تحول الحالات التى تستعصى على رواد طلبة الكلية الى المركز العام بالجامعة ٠

ولا حاجة بنا الى تأكيد حاجة طلاب الجامعات بالذات الى الخدمات التى يمكن أن يؤديها مثل المركز العلاجي الارشادى المقترح فى سبيل حل مشكلاتهم التوافقية داخل الجامعة وخارجها ٠ ولا حاجة بنا أيضا الى القول بأن قيام هذا المركز هو اسهام حقيقى فى دعم الصحة النفسية للطليعة القيادية من شباب الجيل الصاعد ٠ وفى الواقع أن ما ننادى به هنا هو ما يجرى عليه العمل منذ سنوات عديدة فى كثير من الجامعات فى الخارج ٠

ثانيا : مكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية

أنشىء أول مكتب للخدمة الاجتماعية المدرسية فى ج٠ع٠م٠ بمدينة القاهرة في ديسمبر عام ١٩٥٤ ، وفي العام التالي أنشىء مكتب ثان بمدينة الاسكندرية

ثم أنشئت فى عام ١٩٥٨ ثلاثة مكاتب بباقى مناطق القاهرة التعليمية ومكتب بمنطقة الجيزة التعليمية ٠٠ وبعد ذلك توالى انشاء المكاتب فى المنـــاطق التعليمية الأخرى الى أن أصبح هناك اليوم مكتب للخدمة الاجتماعية المدرسية فى كل منطقة تعليمية تقريبا ٠

وتتبع هذه المكاتب من الناحية الادارية وزارة التربية والتعليم وتتلخص أهدافها فيما يلى(١) :

١ ـ مساعدة الطلاب على حل مشكلاتهم الاجتماعية والاقتصادية والمدرسية والنفسية بمعاونتهم على تفهمها وتعرف أسبابها ودوافعها ، والعمل على تكيفهم مع الجو المدرسى والبيئة التى يعيشون فيها ، وتهيئة المدرســـــة والأسرة لتقبلهم ومساعدتهم ٠

٢ ـ التعاون مع المؤسسات الاجتماعية والعيادات النفسية من حكوميــة وأهلية فى الحالات التى تحتاج الى رعايتها ٠

٣ ـ القيام بأبحاث تصلح أساسا لفروض محتملة للتعرف على أســباب بعض مشكلات طلاب المدارس ، وتقديم اقتراحات تساعد على مواجهة هذه المشكلات العامة ٠

٤ ـ اثارة الوعى وتنبيه الرأى العام الى المزيد من العناية بمشـــكلات الشباب ، وتنظيم اجتماعات وندوات توجيهية للآباء والمعلمين لتبصـــيرهم بدورهم وواجباتهم نحو هذه المشكلات ٠

٥ ـ المطالبة بتقديم خدمات جديدة غير متوفرة فى المجتمع لخدمة الطلاب، والقيام بالتجارب فى هذا السبيل تمهيدا لتعميمها ـ وذلك مثل المعسكرات الحديثة وفصول المذاكرة والرحلات الموجهة ٠

---

(١) « بحوث ودراسات فى الخدمة الاجتماعية المدرسية » ، ادارة رعاية الشباب بنين ـ التربية الاجتماعية ، القاهرة ١٩٦١ ٠

نظام العمل بمكاتب الخدمة :

أما عن نظام العمل بالمكاتب ، فان الحالات تحول اليها من المدارس عن طريق ناظر المدرسة أو الأخصائي الاجتماعي بها أو أحد أعضاء هيئة التدريس أو الطالب نفسه أو ولى أمره ، وقد تكون محولة من احدى الهيئات الخارجية والمؤسسات الاجتماعية ... وتفتح المكاتب بعد انتهاء اليوم الدراسى لمقابلة الطلاب وأولياء أمورهم . ويقوم الأخصائيات والأخصائيون الاجتماعيون بزيارة المنازل أحيانا اذا تعذر حضور ولى الأمر للمكتب وبعد موافقة سابقة على هذه الزيارة .

ويعمل بمكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية أخصائيات وأخصائيون اجتماعيون منتقون انتقاء خاصا .

ويستعين المكتب كذلك بطبيب نفسى أو بأخصائى فى العلاج النفسى لبعض الوقت ... هذا وقد جرت عادة المكاتب على تحويل الحالات الذهانية وكذلك حالات العصاب التى تقتضى علاجا طويلا لا يتسع له وقت المعالج النفسى المتردد ، الى عيادة الصحة المدرسية والعيادات النفسية الأخرى . وبصورة عامة ، فان مكاتب الخدمة تتناول من الحالات النفسية ما يبرز فيه الجانب البيئى أو الاجتماعى وتتحاشى تلك الحالات التى تقوم على صراعات داخلية والتى تدخل فى نطاق العيادات النفسية .

ملاحظات على عمل مكاتب الخدمة :

ولنا بعض الملاحظات على الجهود والخدمات الارشادية التى تقوم بها مكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية ... وهذه الملاحظات نتقدم بها نتيجة خبرة عملية بهذه المكاتب ، حيث كان لنا شرف العمل - خبيرا للعلاج النفسى - بأربعة منها فى غضون سبع سنوات :

١ - ان ضغط الحالات ببعض المكاتب يحتاج فى الواقع الى وجود المعالج النفسي فيها طول الوقت ، ولا يكفي لذلك ندب أحد المعالجين يوما واحدا

من أيام الأسبوع • ونظرا لتعذر هذا الأمر فى الوقت الحاضر ، فاننا نقترح أن تزاد ساعات عمل المعالج النفسى المنتدب بحسب حالات المكتب وظروفه الخاصة ، كما نقترح الافادة من وسائل « العلاج الجمعى » و « التوجيه الجمعى » فى هذه المكاتب كلما أمكن •

٢ — ينبغى أن تعد لبعض الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات فى هذه المكاتب دراسات خاصة فى « الارشاد النفسى » بكلية التربية أو بأحد أقسام الدراسات النفسية فى الجامعة • وحبذا لو أمكن تنفيذ الاقتراح الذى سبق ايراده فى مجال آخر بانشاء دراسة عليا للخدمة الاجتماعية النفسية ، يكون مكانها المعهد العالى للخدمة الاجتماعية أو أحد أقسام الدراسات النفسية أو الاجتماعية بالجامعات ، لتخريج بعض أنواع العاملين فى هذه المكاتب وفى المجالات الأخرى المشابهة •

٣ — اننا نشعر أن وجود هذه المكاتب وانتشارها فى كل المحافظات والمناطق التعليمية تقريبا ، يخلق فرصة ذهبية لا تعوض يجدر بالمخططين للصحة النفسية الافادة منها واستغلالها أحسن استغلال ، وخاصة مع عدم توافر العيادات النفسية الطلابية بالقدر الكافى وعدم وجودها على الاطلاق فى بعض المحافظات • فهنا موقع من مواقع الصحة النفسية يصلح كنقطة انطلاق لخدمات علاجية ووقائية وانشائية على أوسع نطاق موجهة الى المجتمع الطلابى المحيط •• ومن الواجب أن تدعم هذه المكاتب بكل الامكانات والخبرات اللازمة وأن تتعاون فى ذلك وزارات التربية والصحة والشئون الاجتماعية والشباب !

٤ — و من جهة أخرى فان هذه المكاتب يمكن أن تصبح أكثر فائدة ، اذا اتجهت بجهودها بالدرجة الأولى الى خدمة المجتمع المدرسى نفسه والى دراسة المشكلات العامة للطلاب فى مدارس البيئة لمحاولة مواجهتها بالحلول المناسبة•

ان الخدمات الوقائية والانشائية التى تستطيع هذه المكاتب أن تقوم بها فى البيئة المحلية هى فى رأينا أولى وأجدر من أية خدمات علاجية فى تدعيم

الصحة النفسية فى المجالات الطلابية ... وبعض المكاتب قد أدركت ذلك فعلا ووجهت جانبا كبيرا من جهودها الى المعسكرات الطلابية والى الندوات المخصصة للطلبة أو لأولياء أمورهم فى مدارس المنطقة والى تعزيز العلاقات بين البيت والمدرسة الى غير ذلك (١) ..

٥ ـ ونحب أن نضيف الى مهام مكاتب الخدمة ، مهمة الاسهام فى التوجيه التربوى والمهنى لطلاب المدارس ، وتعريفهم بأنواع الدراسات والمهن التى يمكن أن يتجهوا اليها فى البيئة المحلية ومتطلبات كل منها ، ومساعدتهم عن طريق دراسة التقارير المدرسية المختلفة وعن طريق الاختبارات السيكولوجية ـ على اختيار المستقبل الأنسب لهم دراسيا ومهنيا .

كما يمكن أن نضيف مهمة أخرى لمكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية ، وهى الاسهام فى دراسة الصعوبات التى تواجه المراهقين والمراهقات فى البيئة المحلية والبحث عن الحلول المناسبة لمواجهة مشكلات وقت الفراغ والمشكلات الأخرى التى يعانى منها المراهقون والمراهقات من طلاب المدارس .

ان الخدمة الاجتماعية المدرسية كما نراها هى خدمة انشائية ووقائيـة بالدرجة الأولى ، وهى خدمة ارشادية بعد ذلك ، ثم خدمة علاجية اذا توافرت الامكانات لها .. ولاحرج على بعض المكاتب اذا لم تتوافر لها أمكانات الخدمات العلاجية ، فحسبها أنها تقتلع بعض جذور الاضطرابات السلوكية فى المجتمع فتحد من انتشار هذه الاضطرابات .. ولها أن تعد نفسها فى الطليعة من النجاح والانجازات لو أنها تخطت الوقاية الى البناء والانشاء وتكوين الشخصيات الطلابية الناضجة المتفتحة الى خدمة المجتمع .

---

(١) أصدرت المكاتب كثيرا من الكتيبات النافعة التى تخاطب الطلاب أو الآباء ـ من بينها : ماذا بعد المدرسة الثانوية ، التأخر الدراسى ودورنا فيه ، كيف تستذكر دروسك ، ندوات حول مشكلات الشباب ، لماذا يكذب الطفل ، لماذا يسرق الطفل ، كيف تعامل ابنك المراهق ، هل نعاقب أبناءنا ، الريادة بين البيت والمدرسة ، التوجيه المهنى للفتيان ، كيف تشغل وقت الفراغ .

الارشاد النفسي بالمدارس

ان قيام مكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية وانتشارها في محافظات الجمهورية يعد - كما سبق القول - اسهاما كبيرا في تزويد المجتمع الطلابي بخدمات الرعاية النفسية الا أن مكتب الخدمة مهما بلغت امكاناته البشرية والمادية لايستطيع أن يتغلغل الى كل مدرسة من مدارس المحافظة أو المديرية التعليمية ما لم يكن هناك بكل مدرسة خبير فني يتصدى لرسالة الارشاد النفسي بالمدرسة ويقوم في الوقت نفسه بدور وسيط الاتصال بين المدرسة ومكتب الخدمة • وفي الوقت الحالي تعتمد مكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية على الأخصائي الاجتماعي في هذه المهمة وتعتبره مندوبها غير الرسمي لتحويل الحالات الطلابية الى المكتب وكذلك لتوصيل خدمات المكتب الى المدرسة •

والواقع أن الاخصائي الاجتماعي فضلا عن أنه لم يعد لمهمة الارشاد النفسي المدرسي ، يضطلع عادة بواجبات ومسئوليات تزحمه وينوء بها كاهله - بعضها يدخل في مهام عمله وتخصصه وبعضها الآخر يوكل اليه خطا نتيجة اساءة فهم الوظيفة الحقيقية للأخصائي الاجتماعي في المدرسة ! اما مهمة الارشاد النفسي فهي مهمة تخصصية ينبغي أن يعهد بها الى أحد المتخصصين فيها ، ويعتبر ذلك أحد المستلزمات الهامة لنجاح خطة الارشاد النفسي في المدرسة •

وليس في اقتراح تخصيص مرشد نفسي بالمدرسة غرابة ما - سوى جانب الجدة أو عدم الألفة به - ففي كل مدرسة أخصائي رياضي أو أكثر للعناية بشئون التربية الرياضية للطلاب ، وفي كل مدرسة أخصائي اجتماعي للقيام بالبحث الاجتماعي الفردي أو الجمعي ولاعداد برامج الخدمة الاجتماعية بالمدرسة • ولا يقل أمر الارشاد النفسي للطلاب أهمية عن العناية بنموهم في النواحي الرياضية أو الاجتماعية أو الترويحية ، بل ان العناية بهذه النواحي هي في حقيقة الأمر جزء متمم لخطة الارشاد النفسي بالمدرسة •• والأخصائي الرياضي والأخصائي الاجتماعي والمدرسين بالمدرسة هم أعوان المرشد النفسي في تحقيق صحة نفسية سوية لطلاب المدرسة وفي تكوين شخصية الطلاب واتاحة الفرص لهم للنمو الى أقصى حد ممكن ! •

وليس ما نتقدم به من توصية بهذا الشأن أمرا جديدا ، فلقد سبق أن تقدمت « الادارة العامة للتخطيط للتعليم الاعدادى والثانوى » بوزارة التربية والتعليم (المركزية) فى عام ١٩٦٠ بمشروع باقتراح « انشاء وحدات لخدمات التوجيه والارشاد النفسى فى المدارس » (١) اقترحت فيه تخصيص مرشد نفسى لكل ٣٠٠ من الطلاب وحددت بذلك احتياجات المشروع بخمسمائة من المرشدين النفسيين حتى يمكن تعميمه على المدارس الثانوية العامة والفنية فى الجمهورية • وكان مقرر اللجنة التى تدارست هذا المشروع ووضعته فى صيغته النهائية الأستاذ محمد سليمان شعلان الوكيل الحالى لوزارة التربية والتعليم •

أما مواصفات مهنة المرشد النفسى بالمدرسة واختصاصاته ، فقد حددت فى المشروع على الوجه الآتى :

أ ـ الاشتراك فى وضع نظام قبول الطلبة بالمدرسة أو الاسهام فى تنفيذ النظام الموضوع على أسس تربوية •

ب ـ الاشتراك فى توزيع الطلبة على الفصول والشعب عند قبولهم وكذلك الاشتراك فى توجيههم الى أنواع الدراسات التى تتلاءم واستعدادتهم •

حـ ـ الاشتراك فى توزيع الطلبة على أوجه النشاط المختلفة بما يتفق وحاجاتهم النفسية •

د ـ القيام بعمليات المسح السيكولوجي والاجتماعى لمجموعة من الطلبة حتى تتحدد أمام المرشد النفسى المشكلات العامة والفردية فى المدرسة ، ثم

---

(١) أعد هذا المشروع مكتب خبير الاعداد والتدريب بناء على اقتراح السيد/ مدير عام تخطيط التعليم الاعدادى والثانوى ، ثم نوقش فى لجنة مشتركة من المعنيين بكليتى التربية والبنات بجامعة عين شمس والوزارات « التنفيذية » و « المركزية »

المسح الخاص بتغيب الطلبة وأسبابه وظروفه ، وكذلك المسح الخاص بالتخلف الدراسي وأسبابه ..... الخ .

هـ — مقابلة الطلاب الذين تواجههم مشكلات مختلفة بقصد مساعدتهم على حلها أو احالتهم إلى الأخصائيين .

و — تنظيم ندوات مع الآباء وأولياء الأمور للتعرف على مشكلات الطلاب وظروفهم العائلية والتعاون معهم على حل هذه المشكلات .

ز — تنظيم اجتماعات مع مدرسى الفصول تحت اشراف ناظر المدرسة للتشاور فى مشكلات الطلبة وطرق علاجها .

ح — مساعدة الطلاب فى اختيار الدراسات العليا والمهن والأعمال التى تناسب ميولهم واستعداداتهم وتقديم التوجيه اللازم لاولياء أمورهم فى هذا الصدد . ويترتب على هذا ضرورة الاتصال المستمر بين المرشد النفسى والمؤسسات العامة والوزارات وميادين الأعمال الحرة ... الخ .

واقترح المشروع تشجيعا على الاقبال على هذه المهنة الجديدة ما يلى :

أ — ان تتعادل وظيفة المرشد النفسى مع وظيفة المدرس الأول بالمدرسة الثانوية .

ب — أن يرقى المرشد النفسى الى وظيفة وكيل مدرسة لشئون الارشاد النفسى ، اذا ما توافر له شرطا الاقدمية والكفاية .

وفى الوقت الذى ظهر فيه هذا المشروع كان هناك ٧٥ طالبا ممن أوفدتهم وزارة التربية والتعليم فى بعثة داخلية بكلية التربية للتخصص فى الارشاد النفسى ، قد أتموا دراستهم وتخرجوا فى عام ١٩٥٩ . وكان الطلاب يختارون

لهذه الدراسة من بين الحاصلين على بكالوريوس الخدمة الاجتماعية أو الليسانس فى الدراسات النفسية أو الاجتماعية بشرط أن يكونوا قد مارسوا العمل فى الميدان التعليمى لمدد كافية وأن تتوافر فيهم استعدادات شخصية معينة تفصح عنها المقابلة الشخصية للطلاب •• وبلغ عدد المتخرجين فى هذه الدراسة نحوا من مائتى متخرج على مدى أربع سنوات ، توقفت بعدها هذه البعثة !!!

فأما المشروع نفسه فلم يقدر له أن يرى النور ، ربما بسبب الصعوبات الادارية والمالية وربما لانه كان مشروعا طموحا ولأنه حاول أن يعمم الوظيفة الجديدة دون أن تتاح فرصة تجربتها أولا فى مدرسة أو مدرستين لاكتشاف مدى نجاحها وصعوباتها التنفيذية • وأما المرشدون النفسيون الذين تخرجوا فى نهاية البعثة الداخلية بكلية التربية فقد حول أغلبهم الى وظائف الاشراف الفنى (التفتيش) بوزارة التربية والتعليم واستوعبت مكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية أعدادهم الباقية !

وفى رأينا أن هذا المشروع جدير بأن يعاد البحث فيه وخاصة بعد انتشار مكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية فى سائر المديريات التعليمية ، مما يجعل عمل المرشد النفسى بالمدرسة جزءا متمما لرسالة هذه المكاتب • وحبذا لو بدىء بتجربة فى واحدة أو أكثر من مدارس احدى المديريات التعليمية كخطوة تمهيدية لتحديد احتياجات الطلاب الى الارشاد النفسى ، ووسائل مواجهة هذه الاحتياجات ، ونوع الصلة التى ينبغى أن تقوم بين بين عمل المرشد النفسى بالمدرسة وعمل مكتب الخدمة الاجتماعية المدرسية ، ونوع الصلة بين المرشد النفسى وبين المدرسين والأخصائيين الآخرين فى المدرسة ، الى غير ذلك من نواحى تقييم وظيفة الارشاد النفسى بالمدرسة •

الفصل الرابع

رعاية وتأهيل المعوقين

الطفل المعوق طفل يعانى من قصور واضح فى صفة جسمية أو عقلية أو اجتماعية ، يحول بينه وبين الافادة الكاملة من البرامج والخدمات التعليمية التى تقدم لعامة الأطفال ممن هم فى مثل سنه ، مما يتطلب أن تقدم لهـــذا الطفل خدمات معينة (تربوية ونفسية وصحية) تختلف فى نوعها عن تلك التى تقدم للطفل العادى ٠

وفى نطاق هذا التعريف يمكن أن ندرج بين المعوقين صنوفا شتى من القاصرين فى صفة من الصفات أو فى بعد من أبعاد النمو ، كل منهم يحتاج الى خدمات ورعاية خاصة ٠٠ الا أن العادة جرت عنـــد وضع الخطط لرعاية المعوقين فى أغلب بلاد العالم ، أن يقصد بهم بصفة خاصة الفئات الآتية ، وهى الفئات ذات الوزن الاجتماعى الخاص بالنظر الى كبر الاعداد المنتسـبة اليهـــا :

أ ـ القاصرون عقليا ٠

ب ـ المكفوفون وضعاف البصر ٠

حـ ـ الصم وضعاف السمع ٠

د ـ ذوو العاهات البدنية ٠

وسنتناول فيما يلى كل فئة من الفئات السـابقة على حـدة ، مع معـالجة أوضاع الرعاية والخدمات التى تقدم لأفرادها فى الجمهورية العربية المتحدة :

القاصرون عقليا

تطلق التسمية « القاصرون عقليا » (١) أو « المعوقون عقليا » على أولئـك الأفراد الذين توقف نموهم العقلى عنـــد مســـتوى أدنى كثيرا من ذلك الذى يبلغه النمو العقلى لغالبية الناس ٠ فكما يوجد فى الناس العمالقـــة

---

(١) Mentally- de fectives

والاقزام من حيث تموهم فى صفة جسمية كالطول ، فكذلك يوجد بينهم العمالقة والأقزام العقليون • والأولون هم العباقرة والأخيرون هم القاصرون عقليا •

وقد اصطلح على اعتبار الطفل من فئة قاصرى العقل اذا ابتعد معامل ذكائه عن معدل الذكاء لسائر الأطفال فى المجموعة السكانية بمقدار وحدتين سالبتين من وحدات الانحراف المعيارى • ومعنى ذلك أن هؤلاء الأطفال فى مجموعهم يؤلفون نسبة ٢ ـ ٥ر٢٪ تقريبا من مجموع الأطفال ، وهى نسبة يتجمع منها ـ على ضآلتها ـ أعداد ضخمة من الأطفال فى أى قطر من الأقطار !!

تشخيص القصور العقلى :

ونظرا للخطورة الواضحة فى خلع وصمة القصور العقلى على أحد الأطفال بطريق الخطأ وما يمكن أن يترتب على ذلك من اجراءات ليس أقلها حرمانه من التعليم فى المدارس العادية وتحويله الى فصول المعوقين عقليا • وبالنظر كذلك الى الخطورة الواضحة فى الوقوع فى خطأ مماثل بوصف طفل قاصر العقل على أنه طفل عادى أو « بطىء التعلم » وتركه بين أطفال المدرسة الابتدائية العادية ينقل آليا من صف الى صف دون أن يتعلم شيئا ذا قيمة !!

بالنظر الى هذه المخاطر المصيرية المرتبطة بمستقبل الطفل ، وبالنظر أيضا الى ما يثار من غبار حول اختبارات الذكاء القائمة ومدى قدرتها على تمييز الطفل القاصر عقليا دون ما خطأ أو شبهة خطأ ، فلا يجوز أن نعول على هذه الاختبارات ـ وحدها ـ فى تشخيص القصور العقلى ••

ويستلزم الأمر الملاحظة الكلية للطفل ولسلوكه العام فى المنزل والمدرسة ، ومتابعة قدرته على التعلم واكتساب الخبرات ، وقدرته على التعبير عن نفسه، ومحصوله اللفظى • كما تلزم أيضا ملاحظة النمو الجسمى (١) للطفل ونموه

---

(١) مع أن المظهر الجسمى لأغلب قاصرى العقل لا يختلف كثيرا عن مظهر الطفل العادى ، الا أن بينهم ـ وخاصة فى البلهاء والمعتوهين ـ أنماطا =

الحركى ، والتأكد من السن التى بدأ عندها النطق ، وتاريخه المرضى ، وظهور حالات القصور العقلى فى بعض أقاربه (٢) ‥ وبالاضافة الى هذا كله ، لابد من ملاحظة نوع علاقات الطفل مع من يحيطون به من صغار وكبار ، وكذلك خصائص الطفل الانفعالية التى من أوضحها القابلية الشديدة للاستهواء التى يتصف بها القاصرون عقليا والتى تساير منطقيا قصورهم الادراكى (٣) ؛

ومن أجل ذلك ، فان السبيل الآمنة للتأكد من الضعف العقلى هى أن يودع الطفل – بعد اجراء الاختبارات العقلية عليه – فى احدى دور « التربية الفكرية » لمدة أسبوعين على الأقل ، تجرى خلالها ملاحظة الطفل وتسجيل سلوكه فى المواقف المختلفة ، بالاضافة الى جمع البيانات الضافية عن الطفل عن طريق سؤال الوالدين والأشخاص الآخرين المتصلين به ·

التعرف المبدئى على المعوقين عقليا :

ولعل من المشكلات الكبيرة التى تواجه العاملين فى ميدان القصور العقلى، التعرف المبكر على الأطفال المعوقين حتى يمكن تحويلهم فى الوقت المناسب الى المعاهد والمؤسسات المخصصة لرعايتهم وتأهيلهم · والمشاهد أن كثيرين من هؤلاء الأطفال يظلون فى المدرسة الابتدائية العادية – وخصوصا مع نظام النقل الآلى – دون أن يفكر مدرسوهم أو أهلوهم فى اتخاذ اجراء بصدد تحويلهم الى تعليم آخر أنفع لهم ‥ وبعد أن يصل الطفل الى الصف الخامس أو السادس

= اكلينيكية معروفة أشهرها حالات المغولية Mongolism والقصاع Cretinism والاستسقاء الدماغى Hydrocephaly وحالات صغر الدماغ وكبرها Micro&Macro-cephalus.

(٢) ان نسبة كبيرة من حالات القصور العقلى (تصل فى رأى بعض العلماء مثل Tredgold الى ٨٠٪) ترجع الى الوراثة ·

(٣) تضمن هذه البيانات عادة فى استمارة فحص الأطفال المتقدمين للالتحاق بمعاهد « التربية الفكرية » ·

الابتدائى دون أن يكون قد ألم بمبادىء القراءة أو الحساب ، أى بعد أن تكون سنه قد بلغت العاشرة أو أكثر ، حينئذ يسعى ولى الأمر الى الحاق الطفل بمعهد من معاهد « التربية الفكرية » حيث يتعذر فى الغالب قبول الطفل بالمعهد ! ولو فرضنا أن المعهد تسامح وقبل الطفل في هذه السن المتأخرة ، فان اقامته القصيرة بالمعهد لا تسمح فى الواقع باكتسابه للخبرات الكافية المطلوبة !!

ولاشك أن صعوبة التعرف المبكر على القاصرين عقليا ترجع الى حد ما الى عدم توافر الوسيلة العملية التى تتيح للمدرس التعرف المبدئى على هؤلاء التلاميذ • وقد اهتم بهذا الموضوع فى مصر ، أستاذان فاضلان من أعضاء هيئة تدريس قسم الصحة النفسية بكلية التربية بجامعة عين شمس هما الدكتورة هدى براده والدكتور عبد السلام عبد الغفار (١) ، حيث قاما بتصميم وتجربة استثمارة خاصة يسهل على مدرس المرحلة الأولى استخدامها ويستطيع عن طريقها أن يتعرف بطريقة مبدئية على من يشك فى أنهم قاصرون عقليا ، ليحولهم بعد ذلك الى الأخصائيين للقيام بعملية التشخيص الدقيق لهم •

وبالنظر الى تعذر اجراء اختبارات الذكاء على جميع تلاميذ المدارس الابتدائية للتعرف على قاصرى العقل منهم ، وبالنظر كذلك الى الخلط أحيانا بين التخلف الدراسى والتخلف العقلى ، فان هذه الاستثمارة تعتبر وسيلةعملية واقتصادية لاستخراج القاصرين عقليا من التلاميذ • ونرى لذلك من الخير أن ندرج هنا صورة من هذه الاستثمارة التى قام مصمماها بتجربتها على ٢٠٩ طفلا من الأطفال العاديين والمتخلفين عقليا تتراوح أعمارهم بين ٨ ، ١٢ سنة وتوصلا الى أن الطفل الذى يحصل على ١٠ درجات فأكثر على الاستثمارة ينبغى أن يحول الى الأخصائيين ليقوموا بتشخيص حالته ، حيث يقوى الشك اذ ذاك فى أنه من القاصرين عقليا •

---

(١) عبد السلام عبد الغفار وهدى براده ، « التعرف على حالات التخلف العقلى » ، صحيفة التربية ، القاهرة ، مارس ١٩٦٦ ، ص ٥٧ - ٧٤ •

وفيما يلي صورة هذه الاستمارة :

المجموعة الأولى :

١ - انحراف الجمجمة شكلا وحجما .

٢ - تشوهات واضحة فى شكل الأرجل أو الأيدى أو الآذان أو أى جزء آخر فى الجسم .

٣ - تعبير الوجه يتميز بالجمود أو أن الوجه غير معبر .

٤ - الصوت خشن وعميق .

٥ - توجد صعوبات فى النطق ، والكلام غير مفهوم أو به بعض الأجزاء التى يصعب فهمها مع تمتع الطفل بقدرة سمعية طيبة .

٦ - يبدو مبتسما ولطيفا فى جميع الأوقات والمواقف المناسبة وغير المناسبة .

٧ - يتميز بسمنة زائدة مع قصر القامة وبروز البطن .

المجموعة الثانية :

١ - كثير الحركة لا يستطيع أن يستقر فى مقعده كبقية الأطفال .

٢ - يحرك يديه دائما ويحرك رأسه ناظرا حوله .

٣ - طريقة سيره غير متزنة ، ويلفت النظر .

٤ - تسهل استثارته ، وقد يحطم ما تتناوله يده .

٥ - قد يعتدى على غيره من الأطفال بالضرب أو العض بدون سبب أو لسبب بسيط .

٦ - يندفع الى خارج الفصل بدون استئذان .

٧ - هادىء جدا .

٨ - منعزل دائما ، ولا يشترك مع غيره من الأطفال فى اللعب .

٩ - لا يرد عدوان المعتدى ، وقد يبكى ٠

١٠ - يبدو دائما كما لو كان سرحانا ٠

المجموعة الثالثة :

١ - لا يستطيع أن يفهم شرح المدرس بعكس بقية الأطفال ٠

٢ - قد لا يستطيع أن يفهم بعض الأوامر أو التعليمات البسيطة ٠

٣ - لا يستطيع القيام بالعمليات الحسابية البسيطة وقد يستخدم أصابعه فى حلها ٠

٤ - لا يستطيع أن يرسم دائرة ٠

٥ - لا يستطيع أن يرسم مربعا ٠

٦ - لا يستطيع أن يرسم ماسة ٠

٧ - ليست لديه قدرة على تركيز الانتباه كغيره من الأطفال ٠

٨ - يبدو أنه سريع الملل ٠

٩ - ذاكرته ضعيفة جدا ٠

١٠ - لا يستطيع اعادة أية مجموعة من الأرقام التالية بعد سماعها مرة واحدة : ٧ - ٩ - ٦ - ٣ ، ٨ - ٥ - ٧ - ٢ ، ٩ - ١ - ٨ - ٤ ٠

١١ - لا يستطيع اعادة أية مجموعة من الأرقام التالية بعد سماعها مرة واحدة : ٥ - ٧ - ٣ - ٦ - ٢ ، ٩ - ٢ - ٤ - ٨ - ٢ ، ٣ - ٦ - ٩ - ١ - ٥ ٠

١٢ - متأخر فى جميع دروسه ولا يرجى له تحسن ٠

١٣ - يبدو كما لو كان مستواه الدراسى أقل من مستوى سنه بثلاث سنوات على الأقل ٠

رعاية وتأهيل القاصرين عقليا :

ربما يتساءل البعض عن الحكمة من الاهتمام بالقاصرين عقليا من الأطفال.. رغم ما تتكلفه رعايتهم وتعليمهم وتأهيلهم من نفقات غير قليلة في العادة ٠

والاجابة عن هذا التساؤل ذات شقين :

١ - فهناك أولا الناحية الانسانية وقضية التكافل الاجتماعي التي تقضي بأن يرعى المجتمع كافة أفراده ، فقيرهم مثل غنيهم ، وضعيفهم مثل القوى منهم ، وينسحب هذا القول على المعوقين بشتى صنوفهم وفئاتهم ، وينطبق على المجتمع الاشتراكي أكثر من انطباقه على أي مجتمع آخر ؛

٢ - وهناك مصلحة المجتمع نفسه التي تقتضيه أن يوفر السبل للقاصرين عقليا - وخاصة للقابلين للتعلم منهم - لكي يصبحوا مواطنين نافعين منتجين ٠٠ ويمكن أن نضيف الى ذلك أيضا أن رعاية المجتمع لهؤلاء الأطفال هي في نفس الوقت حماية للمجتمع نفسه !! فمن المعروف أن المعوقين عقليا شديدو القابلية للاستهواء وأنه لذلك يمكن التأثير عليهم بسهولة من قبل أية قوة شريرة ترغب في استغلال ضعفهم هذا ٠٠ فاذا لم يجدوا الرعاية الكافية ، فقد ينحدرون الى السرقة والهروب والتشرد والاجرام والسلوك المنافي للآداب العامة ٠ ولا يخفى أن كثيرين من أفراد عصابات الغلمان والأحداث الجانحين هم من القاصرين عقليا الذين وقعوا في قبضة واحد من عتاة مدبري الجرائم !

والواقع أن تحديد أنواع الرعاية والخدمات المطلوبة للقاصرين عقليا يحتم أن نبدأ بتقسيمهم الى أقسام ثلاثة تساير طبقة الذكاء التي ينتسبون اليها - وهي الأقسام الآتية :

القسم الأول : القابلون للتعلم : وهؤلاء يمثلون أعلى مستويات للذكاء بين القاصرين عقليا ، وتنحصر نسبة ذكائهم بين ٥٠ ، ٧٠ - ويطلق عليهم أيضا

« ضعاف العقول » (١) و « المورون » (٢) و « المأفونون » • وهم يؤلفون ٧٥٪ من مجموع قاصرى العقل أو ما يعادل ٥ر١٪ أو أكثر قليلا من مجموع السكان • ولمثل هؤلاء تنشأ عادة المعاهد وفصول التربية الخاصة التى يطلق عليها فى الخارج Institutes For Re-education أى معاهد وفصول التربية المجددة ، ونسميها فى بلادنا معاهد وفصول « التربية الفكرية » ، وهى تتبع وزارة التربية والتعليم أو تخضع لاشرافها •

القسم الثانى : القابلون للتدريب : وتنحصر نسبة ذكائهم بين ٢٥ ، ٥٠ ويسمون كذلك بالبلهاء (٣) ، وهم يؤلفون ٢٠٪ تقريبا من مجموع قاصرى العقل أو ما يعادل ٤ر٠٪ من مجموع السكان •

وهؤلاء الأطفال يمكن تهيئتهم — مع الرعاية والتدريب المناسبين — لخدمة أنفسهم ولكسب الرزق مستقبلا عن طريق الاشتغال بحرف بسيطة وأداء الأعمال اليدوية التى لا تتطلب مهارة فنية • وتقوم المؤسسات الخاصة بهم — فى الخارج — بتعليمهم العادات والمهارات التى تفيدهم فى الاستقلال بشئونهم الخاصة وخدمة أنفسهم والعناية بنظافتهم الشخصية والمحافظة على حياتهم ، كما تتولى تلك المؤسسات تدريب الأطفال بحسب أعمارهم على الأعمال اليدوية البسيطة مثل العمل على النول أو بعض أشغال النجارة والخيزران والابرة • ومن الواضح أن هذا التدريب لا يستهدف اعداد « أسطى » وانما مجرد « صبى صناعة » يتحتم أن يقوم بعمله تحت اشراف وتوجيه من الغير •• ومن ناحية أخرى تستهدف تلك المؤسسات تطبيع الأطفال اجتماعيا ومعاونتهم على الاندماج فى حياة اجتماعية من نوع ما ، كما تعنى كذلك بنموهم البدنى ورعايتهم الصحية واشباع احتياجاتهم الى اللعب والترويح •

---

(١) Feeble-minel

(٢) Morons

(٣) Imbe ciles

ونظرا لأن العمر العقلى للبلهاء لا يتجاوز سبع سنوات فى أحسن الأحوال مهما امتد عمر الأبله ، فان حالاتهم لا تعتبر حالات قابلة للتعـــلم بالمعنى الأكاديمى ٠٠ ويقتضى الأمر أن يصبح عمر الأبله ١٣ سنة على الأقل ليستطيع أن يكتب اسمه أو أن يلم بمبادىء القراءة والحســاب التى يلم بها الطفــل العادى فى السنة الأولى من المدرسة الابتدائية ! ومن أجل ذلك فان المؤسسات الخاصة بالبلهاء هى بالدرجة الأولى مؤسسات للتأهيل والتدريب المهنى ، وتتولى أمرها عادة وزارة الشئون الاجتماعية ٠

القسم الثالث : حالات العزل : وتشمل من تقـل نسبة ذكائهم عن ٢٥ ، وهــؤلاء هم « المعتوهون » (١) الذين يؤلفون ٥٪ تقريبا من مجمــوع قاصرى العقل أو ما يعادل ١ر٠٪ من مجموع السكان ٠

وهؤلاء الأطفال يهبط مستواهم العقلى الى درك سحيق ، فلا يستطيعون حتى قضاء حاجاتهم الضرورية وحماية أنفسهم من الأخطار التى تهدد الحياة!!

ومهما امتد العمر بأحد المعتوهين ، فان عمره العقلى لن يزيد عن ثــلاث سنوات فى أحسن الأحوال ، فلا يفيد معه التدريب على حــرفة مهما كانت بسيطة ٠ وبعضهم يفتقد القدرة عـلى المشى أو مسك الأشـياء ، وبعضـهم لا يستخدم من اللغة الا عددا محدودا جدا من الألفاظ ويتأخر نطقهم الى سن ٥ سنوات أو أكثر ، بل ان بعضهم يقتصر ما يصـدر عنه من أصوات عـلى الصياح والصراخ على طريقة الحيوان الأبكم !!

ولا سبيل مع المعتوهين سوى ايداعهم فى ملاجىء أو مؤسسات خاصـة بقصد رعايتهم وخدمتهم بعيدا عن المجتمع ٠ والواقع أن مثل هذه الرعاية ـ التى تستمر العمر كله ـ هى خدمة لأهليهم أكثر مما هى خدمة لهم ، ذلك أن أسر هؤلاء المعتوهين تعجز عن التعامل مع أوضـاعهم الخاصـة ، كما أن وجودهم بين أفراد الأسرة يؤثر تأثيرا سيئا على نفسية اخوتهم وأخواتهم ، وينشر فى الجو الأسرى كله الاكتئاب واليأس والروح الانهزامية !

---

(١) Idiots

مؤسسات الاعاقة العقلية فى ج٠ ع٠ م :

١ ـ مؤسسات البلهاء والمعتوهين :

ان المؤسسة الوحيدة التى أنشأتها وزارة الشسئون الاجتماعية بمحافظة القاهرة فى عام ١٩٦٣ لترعى مائة طفل من « المعتوهين » والمؤسسة الأخرى التى أنشأتها هذه الوزارة بمحافظة الاسكندرية فى نفس السنة لترعى مائة طفل من « البلهاء » ٠ قد آل بهما المصير ـ مع الأسف ـ الى أن أصبحتا فى الوقت الراهن مؤسستين أخريين من مؤسسات الوزارة للتأهيل المهنى للمعوقين من فئة « المورون » (١) وان كانت المؤسسة الأخيرة تقبل الى جوارهم عددا من البلهاء كذلك ٠٠ وبعبارة أخرى لا توجد فى الجمهورية كلها فى الوقت الحاضر أية مؤسسات خاصة لرعاية البلهاء أو المعتوهين !! وهذا الوضع لا يحتاج منا الى تعليق ـ ويكفى أنه أدى فيما أدى اليه الى انخراط أعداد كبيرة من المعتوهين والبلهاء فى زمرة نزلاء مستشفيات الأمراض العقلية دون ما تخصيص أو تمييز ، كما أدى الى محاولات مستميتة من جانب آباء البلهاء من الأطفال لالحاق أبنائهم بمعاهد وفصول التربية الفكريه المخصصة للمورون أو القابلين للتعلم من الأطفال القاصرين عقليا ٠ وقد نجح بعضهم بالفعل ـ نتيجة للشفاعات أو الالحاح المستمر ـ فى محاولاتهم هذه ، دون أن يفيد أبناؤهم شيئا من التحاقهم بالمعاهد غير ما تسببوا فيه لأطفالها ومدرساتها والمشرفين عليها من ارتباك ومشكلات لا سبيل الى حلها وتعويق عن تحقيق أهداف الرعاية التعليمية والاجتماعية ٠

٢ ـ مؤسسات ضعاف العقول (المورون) :

وهناك عشرة مؤسسات لضعاف العقول فى الوقت الحاضر تابعه لوزارة الشسئون الاجتماعية ، تسمى بمؤسسات « التثقيف الفكرى » وبيانها كالآتى :

---

(١) وهم الذين تنحصر نسبة ذكائهم بين ٥٠ ، ٧٠٪ كما سبق ذكره ٠

اسم المؤسسة	العنوان	تاريخ الانشاء	سن القبول	السعة
١ ـ التثقيف الفكرى بحدائق القبة	ش نجيب شكور	١٩٦١	٦ــ١٢	٥٠
٢ ـ « « بحلوان « للبنات »	المساكن الاقتصاديه	١٩٦٣	٧ــ٢٥	١٠٠
٣ ـ « « بطنطا	أمام المستشفى الاميرى	١٩٦٢	٨ــ١٢	٥٠
٤ ـ « « بالمنيا	تـله	١٩٦٢	٦ــ١٢	١٠٠
٥ ـ « « بالاسكندرية	السيوف	١٩٦٣	٨ــ١٦	١٠٠
٦ ـ « « بحلمية الزيتون	٨ ش عين شمس	١٩٥٨	١٣ــ١٦	١٠٠
٧ ـ مركز تدريب التثقيف الفكرى	١٠ ش متحف المطرية	١٩٦٣	١٥فأكثر	١٠٠
٨ ـ « التوجيه النفسى والتأهيل بالقبة	١ ش منية الأصبع	١٩٦٧		
٩ ـ قسم ضعاف العقول للاحداث المنحرفين	دور التربية بالجيزة	١٩٦٤	٧ــ٢١	١٠٠
١٠ ـ « « « « «	مؤسسة العجوزة	١٩٦٦	٧ــ٢١	١٠٠

وتهدف هذه المؤسسات الى توفير الرعاية الاجتماعية والصحية والنفسية والثقافية لأطفالها، والى تعليمهم مبادىء القراءة والكتابة والحساب والمعلومات العامة ، وتدريبهم مهنيا على بعض الحرف والصناعات البسيطة التى تتفق مع قدراتهم واستعداداتهم ٠ ومن المهن التى يدرب عليها الأطفال فى هــذه المؤسسات الزراعة وتربية الدواجن ، وأعمال الخيــاطة والابرة ، وأعمــال الخيزران ، والنسيج اليدوى ، والصناعات الجلدية ، والنجارة الخفيفة(١)٠ وقد استحدثت أيضا مهمة تصوير وطبع المستندات فى وحدة جديدة أنشئت عام ١٩٦٩ ٠

(١) صلاح الحمصانى ، خدمات وزارة الشئون الاجتماعية فى مجال رعاية وتأهيل المتخلفين عقليــا فى « مجلة التربية الحــديثة » ، القاهرة ، ديسمبر ١٩٦٨ ، ص ١٧٢ ـ ١٨٤ ٠

انظر أيضا : « خدمات الرعاية للفئات الخاصة فى ج٠ ع٠ م٠ » وزارة التخطيط » بيان الخــدمات التى تحققت خــلال الخطة الخمســية الأولى ٦٠/١٩٦١ ـ ٦٤/١٩٦٥ » القاهرة ، ١٩٦٦ ٠

اما بالنسبة لمعاهد وفصول « التربية الفكرية » التى تتبع وزارة التربية والتعليم ـ ادارة التربية الخاصة ، والمخصصة أيضا لضعاف العقول من سن ٦ الى ١٥ سنة ، فيوجد منها في الجمهورية فى الوقت الحالى ١٧٧ فصلا تضم ١٤٧١ من التلاميذ ، يقوم على تعليمهم ورعايتهم ٢٣٧ من معلمات ومعلمى التربية الخاصة . وفيما يلى بيان هذه الفصول والمعاهد وتوزيعها على محافظات الجمهورية (١) :

أولا : المعاهد :

١ ـ معهد التربية الفكرية بمدينة نصر : شارع اسماعيل زغلول ـ مدينة نصر ـ القاهرة .

٢ ـ معهد التربية الفكرية بالمنيرة : ١٦ شارع اسماعيل سرى ـ المنيرة ـ القاهرة .

٣ ـ معهد التربية الفكرية بالدقى : ١٢ شارع محمد رضا ـ الدقى ـ الجيزة .

٤ ـ معهد التربية الفكرية بالرمل الميرى : ٥٦ شارع رالى ـ الرمل الميرى ـ الاسكندرية .

٥ ـ معهد التربية الفكرية ببورسعيد : شارع طرح البحر ـ بورسعيد .

ثانيا : الفصول :

منطقة شرق القاهرة :

فصول ملحقة بمدرسة سنان الابتدائية : ١٦ شارع سنان بالزيتون .

فصول ملحقة بمدرسة السيدة نفيسة الابتدائية : ٨٩ شارع العباسية .

فصول ملحقة بمدرسة صقر قريش الابتدائية : شارع العباسية أمام الكلية الأمريكية .

---

(١) هذا البيان مصدره « الادارة العامة للتربية الخاصة » بوزارة التربية والتعليم ، ويمثل الوضع فى العام الدراسي ١٩٦٩ ـ ١٩٧٠ .

فصول ملحقة بمدرسة محمود فهمي الابتدائية : شـــــارع محمود فهمي المعمارى بالعباسية ٠

فصول ملحقة بمدرسة ابن سندر الابتدائية : ١٠٦ شارع ابن سندر ــ سراى القبة ٠

فصول ملحقة بمدرسة المستقبل الابتدائية : ٥٩ شـارع محطة القبـة ـ حمامات القبة ٠

فصول ملحقة بمدرسة البراموني الابتدائية : ١ شارع بين الجنـاين ـ العباسية ٠

منطقة شمال القاهرة :

فصول ملحقة بمدرسة حدائق شبرا الابتدائية : ١٣٦ شارع شبرا ٠

فصول ملحقة بمدرسة أحمد عرابى الابتدائية : شارع عبد الحميد الديب ـ منية السيرج بشبرا ٠

منطقة وسط القاهرة :

فصول ملحقة بمدرسة محمد فريد الابتدائية : ٢٢ شارع مصطفى كامل ـ الدواوين ٠

فصول ملحقة بمدرسة راتب باشا الابتدائية : ٣١ شارع الشهيد منصور اسماعيل ـ باب الخلق ٠

فصول ملحقة بمدرسة مصطفى كامل الابتدائية : شارع شنن ـ القللى ٠

منطقة جنوب القاهرة :

فصول ملحقة بمدرسة السيدة عائشة الابتدائية : ٢ ميدان صلاح الدين ـ القلعة ٠

فصول ملحقة بمدرسة الظافر الابتدائية : ٥ شارع سعيد ذو الفقار ـ مصر القديمة ٠

منطقة الإسكندرية :

فصول ملحقة بمدرسة سيد درويش الابتدائية : ١٩ شارع طريق الحرية - العطارين .

فصول ملحقة بمدرسة عمر بن عبد العزيز الابتدائية : شارع قنال المحمودية - راغب .

فصول ملحقة بمدرسة بلقيس الابتدائية : ٩٠ شارع الحرية .

منطقة السويس :

فصول ملحقة بمعهد النور والأمل بالسويس : ١ شارع صلاح الدين .

فصول ملحقة بمدرسة مصطفى هاشم الابتدائية : شارع ترعة الاسماعيلية - الأربعين .

فصول ملحقة بمدرسة الأربعين الابتدائية : الأربعين .

منطقة الاسماعيلية :

فصول ملحقة بمدرسة الشهيد جواد حسنى الابتدائية : العريشية - الاسماعيلية .

منطقة بنها :

فصول ملحقة بمدرسة الامام محمد عبده الابتدائية : بنها .

منطقة الزقازيق :

فصول ملحقة بمدرسة الشمس الابتدائية : منشية الشمس - شارع طلعت حرب .

فصول ملحقة بمدرسة النظام الابتدائية : الزقازيق .

فصول ملحقة بمدرسة تجريبية المعلمين : الحسينية - الزقازيق .

فصول ملحقة بمدرسة مصطفى كامل الابتدائية : أبو كبير .

منطقة كفر الشيخ :

فصول ملحقة بدار المعلمات : كفر الشيخ .

منطقة المنصورة :

فصول ملحقة بمعهد الأمل : البحر الصغير – المنصورة .

منطقة دمياط :

فصول ملحقة بمدرسة دمياط الابتدائية للبنات : دمياط .

منطقة الجيزة :

فصول ملحقة بمدرسة النجاح الابتدائية : شارع حسين شاكر بالجيزة .

فصول ملحقة بمدرسة محمد فريد الابتدائية : شارع حسين شاكر بالجيزة .

فصول ملحقة بمدرسة التحرير الابتدائية : ٥٥ شارع الصناديلى بالجيزة .

فصول ملحقة بمدرسة المجد الابتدائية : شارع الفولى بالجيزة .

فصول ملحقة بمدرسة الحرية الابتدائية : ١٨ شارع مديرية التحرير بامبابه .

منطقة الفيوم :

فصول ملحقة بمعهد النور والأمل : الفيوم .

منطقة بنى سويف :

فصول ملحقة بمدرسة أبو بكر الصديق الابتدائية : شارع ابن الفارض – بنى سويف .

منطقة المنيا :

فصول ملحقة بمدرسة مغاغة الابتدائية : مغاغة .

فصول ملحقة بمدرسة اليوسفى الابتدائية : ملوى .

فصول ملحقة بمدرسة التحرير الابتدائية : ملوى .

فصول ملحقة بمدرسة أبو بكر الصديق الابتدائية : المنيا .

منطقة أسيوط :

فصول ملحقة بمعهد النور والأمل : شارع الميثاق ـ أسيوط .

منطقة سوهاج :

فصول ملحقة بمدرسة الحضانة : سوهاج .

ولقد يظن أن الفصول والمعاهد التى تتضمنها القائمة السابقة تفى باحتياجات الجمهورية منها ، الا أن هذا الظن أبعد ما يكون عن الحقيقة والواقع ـ ذلك أن مجموع التلاميذ بهذه المعاهد والفصول هو ١٤٧١ تلميذا وتلميذة ، بينما يبلغ عدد ضعاف العقول بين سن ٦ سنوات و ١٥ سنة (وهى أعمار التلاميذ الملتحقين بهذه الفصول) مائة ألف طفل من أطفال الجمهورية على أقل تقدير (١) !!

ومن جهة أخرى فان المعلمات والمعلمين القائمين بالتدريس فى هذه الفصول لم يتخصصوا التخصص الكافى فى مهمتهم ، فهم من المتخرجين فى دور المعلمين والمعلمات (٢) الذين حصلوا على دبلوم اضافية مدتها سنة واحدة فى التربية الخاصة (شعبة التربية الفكرية) وقليلون منهم من التحقوا بالدورات التدريبية المخصصة للعاملين فى ميدان الضعف العقلى .

أما التخصص على مستوى الدراسات العليا فى هذا الميدان فهو نادر جدا . وقد بدأت منذ سنتين دراسة بكلية التربية بجامعة عين شمس على مستوى الدبلوم الخاصة (وهى الدبلوم الممهدة للدراسة لدرجة الماجستير فى التربية) لاعداد خبراء فنيين فى التربية الخاصة ، كما يوجد فى الوقت الراهن عدد من الحاصلين على درجة الماجستير أو الدكتوراه فى فرع من فروع

---

(١) على اعتبار أن نسبتهم ٥ر٢٪ الى مجموع الأطفال ، وهو أقل تقدير متصور لنسبة ضعاف العقول فى المجتمع .

(٢) للحصول على دبلوم دار المعلمين أو المعلمات ، يتم الطالب بنجاح دراسة مدتها ٥ سنوات بعد الشهادة الاعدادية .

التربية الخاصة لا يزيد عن أصابع اليدين • وقد شرعت كلية التربية في اعداد « دبلوم مهنية » في التربية الخاصة نأمل أن تسهم في اعداد مجموعة أخرى من المتخصصين لسد بعض الاحتياجات الفنية المتنوعة في هذا المجال المتشعب •

ومما يبشر بالخير بالنسبة لتطوير الخدمات في رعاية القاصرين عقليا ما تم من انشاء « الهيئة العامة لرعاية وتأهيل المتخلفين عقليا » في عام ١٩٦٥ لغرض النهوض بالخدمات التي تقدم لضعاف العقول بالجمهورية العربية المتحدة • ومن أهداف هذه الهيئة وضع الخطط لرعاية ضعاف العقول وتحديد الاحتياجات التي تتطلبها رعايتهم ، والقيام بالبحوث والدراسات بشأن مشكلة الضعف العقلي ، والعمل على تنسيق الجهود التي تبذل حاليا لرعاية وتأهيل ضعاف العقول والتعاون مع الهيئات الحكومية والأهلية العامة في هذا الميدان (١) ••

وتشرف الهيئة في الوقت الحاضر على بحث يدور حول امكانيات التأهيل المهني للمتخلفين عقليا في نطاق التكوين الاقتصادي والاجتماعي بمدينة القاهرة ، ويهدف الى « تنمية الوسائل والطرق الفنية لتأهيل المتخلفين عقليا بما في ذلك تكيفهم اجتماعيا ونفسيا ومهنيا ، مع العمل على زيادة من يعملون في مهن مربحة ممن لديهم معوقات عقلية شديدة » •

أما عما يجرى حاليا بداخل فصول ومعاهد التربية الفكرية من تعليم ورعاية اجتماعية ونفسية ، فاننا سنعالجه عن طريق ايضاح الأهداف المقصودة من التربية الفكرية والمبادىء الأساسية التي ينبغي أن يتوخاها العاملون مع ضعاف العقول •

---

(١) صلاح الحمصاني : المرجع السابق •

أهداف فصول ومعاهد التربية الفكرية :

ان الهدف الأساسي من هذه المعاهد والفصول هو العمل على توجيه الطفل الى استثمار ذكائه – ذلك الذكاء المحدود – بأفضل طريقة ممكنة ، وليس الهدف بأية حال تحسين ذكاء هذا الطفل أو تحويله من طفل ضعيف العقل الى طفل عادى أو قريب من العادى (الأمر الذى يستعصى تماما الا فى بعض حالات الضاع ، وهى حالات يتسبب فى ضعفها العقلى النقص الخطير فى افراز الغدد الدرقية وتعالج بتعاطى أقراص الثيرويد بصفة منتظمة لمدد طويلة حيث يؤتى العلاج أحسن ثماره كلما بدأ فى سن مبكرة ، وكذلك بعض الحالات الأخرى القليلة المتسببة عن خلل فى الأنزيمات وتقبل العلاج) ٠

وبعبارة أخرى فان القصد والهدف من فصول التربية الفكرية هو ما تتضمنه تسميتها الأفرنجية Re-education أى تربية الطفل مجددا أو اعادة تربية الطفل بطرق وأساليب خاصة تمكنه من استغلال ذكائه أحسن استغلال ، وتجعل منه مواطنا صالحا نافعا قدر الامكان٠٠وتعنى هذه التسمية أيضا أن طرق التعليم فى المدرسة الابتدائية العادية وكذلك الأساليب التى اتبعت مع الطفل فى المنزل ، لم تفلح غالبا فى تهيئة الطفل لاكتساب كل ما يمكن له أن يكتسبه من معارف ومهارات وخبرات وثقة بالنفس ، ولربما تكون قد أسهمت – على العكس من ذلك – فى تعميق شعور الطفل بالعجز والدونية لقصوره عن اللحاق باخوته فى البيت وأقرانه فى المدرسة !

مبادىء رعاية ضعاف العقول :

وفيما يلى أهم الأسس والمبادىء التى ينبغى أن تؤخذ فى الاعتبار عند وضع خطة تعليمية لهؤلاء الأطفال :

١ – ان تعليم هؤلاء الأطفال ينبغى أن يعتمد أساسا على المشاهدة الحية وعلى التجسيم والنواحى الحسية وأن يبتعد قدر الامكان عن استخدام الرموز والنواحى المجردة ، وذلك تمشيا مع الخصائص العقلية لهؤلاء الاطفال ٠ وعلى هذا فان الوسائل المعينة أو وسائل الايضاح هى أكثر أهمية فى تعليمهم منها

فى أى تعليم آخــر ٠٠ ولا يكفى فى ذلك الوســائل الجماعيــة ، بل يتحتم الاستعانة كذلك بوسيلة الايضاح الفردية التى يمتلكها كل واحد من الأطفال ومنها وسائل تعين على تكوين الكلمات أو على العد وعمليات الجمع والطرح البسيطة أو على أدراك المساحات والحجوم والأوزان والألوان ٠٠ الخ ٠

٢ ـ انطلاقا من المبدأ السابق ، فانه لابد من اخصاب بيئة المعهد واثرائها ثقافيا بجعلها تضم أشياء من قبيل حظائر للدواجن وبركة يسبح فيها البط والأوز وبعض الأسماك ، والمزروعات المختلفة التى منها الخضر والفاكهـــة والحبوب ٠٠ ان من المهم جدا أن تقع عين الطفل بصفة متكررة على المشاهد الحية حتى تكون هذه الخبرة الحسية نقطة انطلاق في توسيع معلومات الطفل العامة ٠

وليس المقصود أن يكتفى بالنسبة لهذه الاشياء بالمشاهدة وحدها ، بل ان الخطة التعليمية يجب أن تتضمن أن يقوم الطفل بنفسه بزراعة بعض البذور وتعهد النبات بالاسقاء وتغـذية الدواجن وتتبـع الحيــوانات والنباتات فى تكاثرها ونموها ٠ وخلال ذلك كله يقوم المعلم بمعاونة الطفل على تسجيل ما يستطيع تسجيله من تاريخ بذر البذور أو فقس البيض أو أسماء الحيوانات والمزروعات وبهذا يتحقق ربط الدراسات النظرية بالخبرة الحية المباشرة ، كما يصبح الطفل مشوقا مشدودا الى المدرسة وما يقوم به فيها من نشاط ٠

٣ ـ وتمشيا مع نفس المبدأ أيضا ، فان الزيارات التى يقوم بها الأطفال الى المحلات العامة والمؤسسات القائمة في البيئة تحتل جزءا هاما من تعليمهم مع مراعاة اتفاق هذه الزيارات بطبيعة الحال مع المستويات العقلية المختلفة للأطفال ٠

٤ ـ وبالنظر الى صعوبة التركيز وقصر مدى الانتباه ومدته لدى هؤلاء الأطفال ، فانه يتحتم أن يراعى المعلم ذلك فى مخاطبته لهم ـ أى أن المعلم يجب أن يلجأ الى التنويع والتغيير فى مادة الحديث وعدم الاطالة فى الموضوع الواحد أو الفكرة الواحدة ٠ ولا يجب أيضا أن يسمى درس بدرس اللغــة

العربية وآخر بدرس الحساب ، بل ان الحصة الواحدة من حصص الدروس ـ وهى فى العادة تستغرق ساعة زمنية ـ ينبغى أن تكون مزيجا من القراءة والحساب والكتابة وبعض العمل اليدوى كذلك ٠

٥ ـ أما عن المناهج الدراسية ، فمن المؤكد أن المناهج المتبعة فى المدارس الابتدائية المعتادة لاتصلح اطلاقا لتلاميذ معاهد التربية الفكرية ٠٠ اننا لا نأمل فى أن يستوعب الطفل ضعيف العقل التفاصيل المختلفة للموضوعات التى تحويها مناهج المدرسة الابتدائية ، وأقصى ما نطمح اليه هو أن يلم الطفل بالنقاط الأساسية لبعض الموضوعات ٠ ونحن لذلك أحوج ما نكون الى مجهودات علمية لتبسيط مناهج المدرسة الابتدائية واستخلاص أساسياتها التى يمكن أن تصبح مادة تعليمية فى فصول التربية الفكرية ٠

وفى رأينا أنه من الخطأ تقييد معلم التربية الفكرية بمنهج دراسى محدد ، وأن الأفضل أن نضع أمامه الحقائق الأساسية ورؤوس أقلام للموضوعات ، ودليلا لطريقة تناول هذه الموضوعات ، وبعض النماذج لوسائل الايضاح التى يمكن الاستعانة بها فى تعلمها ٠٠ وبعد هذا ينبغى أن تترك للمعلم أو المعلمة حرية تطويع المادة العلمية لتلائم أطفاله أو أطفالها ، وخاصة لما يقوم بين هؤلاء الأطفال من فروق فردية شاسعة ٠

٦ ـ وهناك أنواع أخرى من التعلم قد لا نهتم بها فى المدرسة العادية ولكننا نوليها أهمية خاصة بالنسبة لضعاف العقول ـ ومن ذلك مثلا اكسابهم المهارات الخاصة التى تساعدهم على الاستقلال بخدمة أنفسهم ، وهى أشياء قد يتعلمها الطفل العادى بطريقة عرضية ولكنها لا تتم بنفس السهولة بالنسبة للطفل المتخلف ٠ انه من المهم أن يبدأ اليوم الدراسى بقيام الاطفال بتنظيف غرفة الدرس وترتيبها ، ولا بأس من أن ينقضى بعض الوقت فى تعليم الطفل كيفية ربط حذائه أو أزرار قميصه أو غسل وجهه وتمشيط شعره ٠ ان هذه الأشياء على بساطتها لا يجب أن يحتقرها المعلم ، وكل اكتساب فيها هو تعلم مهم بالنسبة لهذا الطفل لايقل شأنا عن تعلمه كتابة اسمه أو تاريخ اليوم ٠

وبالنظر الى توعية هؤلاء الاطفال ، فانه من المفيد والمرغوب فيه أيضاً أن يمضوا بعضا من اليوم الدراسى فى أعمال التدبير المنزلى البسيط واكتساب مختلف المهارات اليدوية التى تفيدهم فى حياتهم الخاصة ، كما أن الأطفال أنفسهم يستمتعون كثيرا بهذه الاعمال ٠

٧ ـ كذلك فلابد من بذل جهد خاص لمعاونة الأطفال على اكتساب المهارات والعادات الاجتماعية التى تساعدهم على الاندماج فى المجتمع واحترام حقوق الآخرين وحب التعاون وعلى المواطنة الصالحة بوجه عام ٠ ويقتضى ذلك خلق المواقف التى يتمرس فيها الأطفال على المشاركة والأخذ والعطـاء ، ولابد بطبيعة الحال من التدرج فى هذه المواقف بما يتمشى مع مستوى النضج الذى بلغه الأطفال ومع حالاتهم الفردية ٠

٨ ـ ومن الملاحظات الطريفة التى وردت فيما كتب من أوصاف وخصائص هؤلاء الأطفال وأمكن لنا التحقق الشخصى منها خلال العمل معهم فى بعض معاهد التربية الفكرية فى الجمهورية العربية المتحـدة ، أن كثيرين منهم يتمتعون بأذن موسـيقية وولع شـديد بالايقـاع وقدرة على ترديد الألحـان البسيطة ٠ وقد أتيح لنا استغلال ذلك بدرجة من النجاح لا بأس بها فى تدريس بعض المعلومات العامة للأطفال ـ فبدلا من أن يتحـدث المعلم مع الأطفال بأوصاف « الدجاجة » أو « البطة » مثلا ، فان الأطفال ينشدون أغنية عن البطة أو الدجاجة بسيطة التأليف والتلحين ٠ ولا بأس من اقتران الغناء بتمثيل الحركات التى تأتيها البطة أو الدجاجـة بما يتنـاسب مع ألفـاظ الأغنية ، ولا بأس أيضا من أن توضع أمامهم خلال ذلك صورتها أو مجسم لهـا ٠

وقد تبين أن الأطفال يجيدون استخدام الأدوات الموسيقية النحاسـية البسيطة كالمثلث والصاجات والشخاشيخ وما اليها اذا صحبتهم معلمتهم فى العزف على البيانو ٠ ولاحظنا أن الأطفـال يكونون أسـعد ما يكونون خـلال دروس الموسيقى والأناشيد ، كما يكتسبون ما نشاء لهم أن يكتسبوا من معلومات مبسطة بطريقة مشوقة حية ٠

٩ - ومن الأمور الأساسية أيضا أن نهتم اهتماما خاصا فى دور التربية الفكرية بحاجة أطفالها الى اللعب والنمو الحركى ، وهى حاجة تزيد على حاجة الأطفال الآخرين الى ذلك وخصوصا مع تأخرهم النسبى فى النمو الجسمى بصفة عامة . وهنا يجب أن يحتوى المعهد على شتى أنواع الأراجيح والدراجات والسيارات الصغيرة التى يلهو بها هؤلاء الأطفال فى بعض يومهم . وهناك حاجة كذلك الى التدريبات الرياضية التى يقوم بها الأطفال بمساعدة المختص ، والتى يجب فى حالات بعضهم أن تطوع بمايتناسب مع صعوبتهم الحركية الخاصة .

على أن اللعب يمكن أيضا أن يستخدم استخداما تعليميا خاصا - كما هو الحال بالنسبة الى الموسيقى - مع الأطفال المتخلفين عقليا . وفى تجربة خاصة مع بعض هؤلاء الاطفال أمكننا أن نجمع بين لعب الأطفال وتسليتهم وبين تعميق ادراكهم بالادوار الاجتماعية لبعض أشخاص البيئة - قسمت مجموعة الأطفال فى هذه التجربة الى فريقين فكان أفراد أحد الفريقين يقومون بتمثيل الجزئيات المختلفة فى عمل النجار - مثلا - تمثيلا صامتا ، بينما يحاول أفراد الفريق الآخر اكتشافها فالحرفة المقصودة ، فاذا نجحوا فى ذلك أخذوا فى مطاردة أفراد الفريق الأول فى الملعب . ويتبادل الفريقان التمثيل الصامت والاستنتاج لعدد من الحرف والمهن المألوفة..وعن طريق هذه اللعبة وأمثالها، يمكن معاونة الأطفال على زيادة فهمهم للأدوار الاجتماعية لشرطى المرور ورجل المطافىء والطبيب والمرضة وغيرهم من العاملين فى البيئة المحلية (١) .

١٠ - ويحتل التمثيل دورا هاما أيضا فى اكتساب الأطفال لعدد من الخبرات والمهارات الهامة ، وخاصة اذا كان التمثيل تلقائيا لايعتمد على التلقين ولا على الاعداد السابق . وقد أمكن لنا فى بعض المرات اكتشاف مشكلات الأسرة والمشكلات الإنفعالية لبعض الأطفال خلال قيامهم بالتمثيل التلقائى لأدوار الأب والأم والأفراد الآخرين فى الأسرة . واذا أدخلنا فى الاعتبار صعوبة اكتشاف أمثال هذه المشكلات عن طريق الحديث العادى مع الطفل بالنظر الى نقصه العقلى ، فان التمثيل التلقائى - أو ما يسمى بالدراما

(١) صموئيل مغاريوس « الأساليب التمثيلية فى تربية وعلاج ضعاف العقول » ، فى « صحيفة التربية » ، مارس ١٩٥٦ ، ص ٥٠ - ٥٧ .

النفسية ـ يقدم لنا وسطا جديدا فى التعرف على هذه المشاكل (١) ٠

ويمكن تلخيص أهـداف ومبـادىء رعاية ضـعاف العقول التى ينبغى أن تتمسك بها المؤسسات والفصول المخصصة لهم فيما يلى :

أ ـ تمكين ضعيف العقل من الاستقلال بنفسه فى العناية بأموره الخاصة ومن اتقان الممارسات العادية التى يحتاجها فى حياته اليومية ٠

ب ـ الكشف عن مواطن القوة والاستعدادات الخاصة بكل طفل واعداده لان يكون مواطنا نافعا عن طريق تنمية استعداداته الخاصة ٠

حـ ـ العمل على توسيع خبرة الطفل ضعيف العقل ، بجعل بيئة المؤسسة التعليمية غنية قدر الامكان بالمؤثرات الحسية والمشاهد الطبيعية الحية ٠

د ـ اعداد الطفل لمزاولة حرفة بسيطة يمكن أن يرتزق منها مستقبلا ٠

هـ ـ العمل على أن يصبح الطفل ضعيف العقل اجتماعيا قدر الامكان ٠

تتبع نمو الطفل :

تتبقى بعد ذلك قضية تقييم ومتابعة نمو الطفل وتقدير مدى استفادته من المجهودات والخدمات التى تقدم له : ومن أجل هذا تعد كراسة خاصة تملأ بياناتها عند التحاق الطفـل بالمعهد ، ثم يعـاد مل هـذه البيانات على فترات منتظمة نصف أو ربع سنوية ٠ وتتنـاول مثل هـذه الكراسة النواحى الآتية :

١ ـ معرفة الطفل لاسمه وأسماء والديه واخوته وأخواته ، ولعمره ، ولفصول السنة والشهور والأيام والزمن ٠

٢ ـ اسئلة واختبارات خاصة عن :

---

(١) صموئيل مغاريوس ، المصدر السابق

معرفة الألوان ، معرفة الأشكال ، قابلية التمييز والتفرقة ، مرونة التصور والتأسيس ، القابلية على المقارنة ، القابلية على الرسم ، جهاز الحركة ، توافق الحركات ، معرفة الظروف المكانية ، حواس اللمس والسمع والبصر والشم والذوق ، ادراك الأوامر والتركيز . معرفة الأشياء وتسميتها ، معرفة المواد ، التفكير الذاتي والتصوري ، فهم الكلام وترديده ، القابلية على النقد ، الذاكرة .

٣ – مواضيع دراسية ، القياسات ، القراءة ، الكتابة .

٤ – القابلية على التعلم .

٥ – ملاحظات أخرى حول سلوك الطفل .

٦ – تقدير المعلم العام للطفل وحكمه عليه .

ولا تفيد مثل هذه الكراسة فى تتبع نمو الطفل فى النواحى المختلفة فحسب ، ولكن البنود التى تحتويها الكراسة تعتبر بنفس الوقت بمثابة مؤشرات للمعلم أو المعلمة الى الجوانب التى ينبغى أن يهتم بها فى موالاته للطفل على مر الأيام . ولاشك أن كل طفل من أطفاله سيختلف عن كل طفل آخر فى مدى التقدم الذى يمكن أن يحرزه على كل بند من بنود الكراسة بحكم ما يوجد بين الأطفال من تفاوت واختلافات فردية .

المكفوفون وضعاف البصر

الكفيف أو المكفوف هو من لايمكنه الاعتماد على حاسة الابصار فى أداء الأعمال التى يؤديها غيره باستخدام هذه الحاسة ٠ وبينما يعتبر الشخص فى بعض البلاد ـ كالولايات المتحدة ـ معوقا بصريا اذا نقصت درجة ابصاره عن ٢٠/٢٠٠ فى أحسن العينين بعد التحسين بالنظارة الطبية ، فانه فى بلاد أخرى ـ منها الجمهورية العربية المتحدة ـ لايعتبر معوقا بصريا الا اذا نقصت درجة ابصاره عن ٣/٦٠ (أى ما يساوى ١٠/٢٠٠ بالمقياس الأمريكى) فى أقوى العينين باستخدام النظارة الطبية ٠ وفى ذلك يقول الدكتور محمد عبد المنعم نور المدير العام للمركز النموذجى لرعاية وتوجيه المكفوفين بالزيتون : « لاشك أنه اذا توافرت الامكانيات التأهيلية وتحسنت الظروف الاقتصادية وارتفع المستوى الحضارى ، فان تعريفا أكثر سخاء يؤخذ به فى تقرير من هو المعوق بصريا فى البلاد العربية ، اذ لاجدوى من اعتبار شخص ما أنه من المعوقين اذا لم تكن هناك خدمات ونتائج ايجابية لمثل هذا التعريف » (١) ٠

هذا ، وينقسم المكفوفون للأغراض التعليمية والاجتماعية الى الفئات الأربع التالية (٢) :

أ ـ المكفوفون كلية الذين ولدوا عميانا أو أصيبوا بالعمى قبل سن الخامسة ٠

ب ـ المكفوفون كلية الذين أصيبوا بالعمى بعد سن الخامسة ٠

حـ ـ المكفوفون جزئيا الذين ولدوا باصابتهم أو أصيبوا بها قبل سن الخامسة ٠

---

(١) محمد عبد المنعم نور ، تأهيل المكفوفين وضعاف البصر ، الوثيقة ١١ أ (٢) فى « حلقة تربية الموهوبين والمعوقين فى البلاد العربية ١٩٦٩ » ، جامعة الدول العربية ، الادارة الثقافية ٠

(٢) مصطفى فهمى ، مجالات علم النفس ـ المجلد الثانى : سيكولوجية الأطفال غير العاديين ، مكتبة مصر ، القاهرة ١٩٦٥ ، ص ١٤ ٠

د — المكفوفون جزئيا الذين أصيبوا بعجزهم بعد سن الخامسة ٠

وأما اختيار سن الخامسة أساسا لهذا التقسيم فانه يقوم على افتراض أن من يفقد ابصاره — جزئيا أو كليا — قبل سن الخامسة لا يمكنه الاحتفاظ فى كبره بالصور البصرية السابقة على فقده الابصار ٠

أما « ضعاف البصر » فهم — بحسب شروط قبولهم فى فصول ضعاف البصر بالجمهورية العربية المتحدة — من يثبت من الكشف النظرى أن حدة ابصارهم لاتقل عن ٦/٦٠ ولاتزيد عن ٦/٢٤ فى العين الأقوى بعد العلاج والتصحيح بالنظارة ، كما يجوز قبول حالات تزيد حدة الابصار فيها عن ٦/٢٤ طبقا لما يقرره طبيب العيون المختص (١) ٠

الخصائص النفسية للمعوقين بصريا :

تؤدى الاعاقة البصرية الى فرض حدود معينة على ادراك الكفيف لما يحيط به من أشياء وأشخاص فى بيئته المباشرة وعلى نوع ومدى الخبرات التى يحصل عليها — ويتوقف هذا بطبيعة الحال على درجة الاعاقة وعلى تاريخ اصابته بها ٠ وتؤدى الاعاقة أيضا الى الحد من قدرة الكفيف على الحـــركة والمشى وبالتالى الى الحد من مدى اتصاله بالبيئة الطبيعية ومدى سيطرته عليها ٠

ونتيجة للاعاقة البصرية ، فان الكفيف يحاول أن يستغل حواسه الاخرى الى أقصى درجة ممكنة ، بل يجب أن يكون تدريبه على هذا الأمر أحد الأهداف التى تسعى اليها خطة تأهيل المكفوفين ٠٠ وبالفعل فان الكفيف يتميز عادة على الشخص العادى بحدة حواسه ، وعلى الأخص حاسة السمع يليها اللمس ثم الشم ٠ ولا يرجع هذا الاختلاف بين الكفيف وعادى الابصـــار الى فروق أصيلة فى هذه الحواس ، بل الى التدريب المتصل لها والاعتماد عليها اعتمادا كليا فى حالة الكفيف ٠

---

(١) كمال الدين أحمد خواسك ، تعليم المكفوفين فى الجمهورية العربية المتحدة ، الوثيقة رقم ٥ — و فى « حلقة تربية الموهوبين والمعوقين فى البـلاد العربية ١٩٦٩ » ، جامعة الدول العربية ، الادارة الثقافية ٠

والكفيف يعرف أن عجزه يفرض عليه عالما محدودا ويرغب فى الخروج من هذا العالم الضيق والاندماج فى عالم المبصرين ٠٠ الا أن محاولاته فى سبيل ذلك كثيرا ما تصطدم بآثار عجزه ، مما يرده مرة أخرى الى عالمه المحدود ويوقعه فى قلق مستمر ؛ وتختلف استجابات المكفوفين الى عجزهم بين المحاولات التعويضية الناجحة من جانب وبين عدم تقبل الواقع والمبالغة فى الانكار أو الانسحاب الكلي من المجتمع أو القاء اللوم على الآخرين من جانب آخر (١) ٠

وقد قام **فتحى عبد الرحيم** فى الجمهورية العربية المتحدة ببحث حديث عن « أثر فقدان البصر على تكوين مفهوم الذات » (٢) استخدم فيه عينة قوامها ٥٣ من المكفوفين كليا و ٥٧ من المكفوفين جزئيا و ٥٩ من ضعاف البصر ومجموعة ضابطة من المبصرين عددها ٨٧ - وتوصل فى نهايته الى النتائج التاليـة عن « مفهوم الذات » لدى المعوقين بصريا :

١ - أن المكفوفين - كليا أو جزئيا - أكثر تقبلا للذات من المبصرين ، فى حين أن ضعاف البصر أقل المجموعات المستخدمة فى البحث تقبلا للذات !

٢ - أن المعوقين بصريا - بجميع درجات الاعاقة - أقل تقبلا للآخرين من المبصرين ٠

٣ - أن المعوقين بصريا أكثر تباعدا من مجموعة المبصرين عن « الشخص العادى » ٠

ويفسر الدكتور فتحى عبد الرحيم هذه النتائج بقوله ان المكفوفين - كليا وجزئيا - « لديهم ميل الى اتخاذ بعض الأساليب الدفاعية للمحافظة على الذات

---

(١) مصطفى فهمى ، المرجع السابق ، ص ١٦ ٠

(٢) فتحى السيد عبد الرحيم ، أثر فقدان البصر على تكوين مفهوم الذات ، رسالة للحصول على درجة الدكتوراه فى التربية (قسم الصحة النفسية) كلية التربية بجامعة عين شمس ، القاهرة ١٩٦٩ (غير منشورة) ٠

واحترامها فى مراجهة بعض الاتجاهات الاجتماعية نحوهم والتى تعتبرهم جماعة من جماعات الأقلية فى المجتمع ٠

ومن النتائج الهامة لهذه الدراسة أن درجة التوافق العام (الشخصى والاجتماعى) لدى المبصرين أعلى منها لدى المعوقين بصريا بصورة عامة ، وأن التوافق فى مجموعات البحث يتبع الترتيب الآتى : المبصرون يليهم مجموعة فقد البصر التام ثم مجموعة ضعاف البصر ثم مجموعة فقد البصر الجزئى ٠ ومن نتائجها الهامة أيضا أن « الاعاقة البصرية لا تفرض نوعا من الأحدة أو التجانس بين الأفراد ، بل على العكس ربما تؤدى الى التباين بين الأفراد بصورة أكبر مما لدى المبصرين ٠٠ » ومن ناحية أخرى تشير النتائج الى أن مجموعتى فقد البصر الجزئى وضعاف البصر أكثر تباينا من مجموعة المبصرين فى درجة استبصار مفهوم الذات الاجتماعية ٠

ويوصى الباحث نتيجة لدراسته وما تمخضت عنه من نتائج بالعمل على زيادة فرص الاحتكاك المباشر بين المعوقين بصريا وزملائهم المبصرين لتحقيق تفاهم متبادل بين الفئتين ، كما يوصى بتعريف المعوقين بصريا بالاعاقة التى أصيبوا بها ونواحى القصور التى تتضمنها وتمكينهم من التغلب عليها بصورة واقعية وعملية ، وكذلك بتعريف المبصرين بطبيعة الاعاقة البصرية وبالنواحى الايجابية والسلبية التى تتضمنها بما يزيد من درجة تفهمهم لها ٠

ونشعر من جانبنا بأن هذه الدراسة المثيرة تفتح الباب واسعا لاجراء دراسات أخرى حول الموقف الحائر لمجموعة « ضعاف البصر » وحول الاختلاف الظاهر بين المكفوفين كليا والمكفوفين جزئيا فى بعض النواحى التى تناولتها الدراسة !

وفى دراسة أجراها **عبد السلام عبد الغفار** (١) فى ١٩٥٩ على محتويات

---

(١) عبد السلام عبد الغفار ، مقارنة محتويات الأوهام عند المبصرين ومحتوياتها عند المكفوفين ، رسالة مقدمة للحصول على الماجستير فى التربية (قسم الصحة النفسية) كلية التربية بجامعة عين شمس ، ١٩٥٩ (غير منشورة) ٠

حياة الأوهام عند المكفوفين والمبصرين ، استخدم فيها عينة من ٥٠ طفلا من أطفال المركز النموذجي لرعاية وتوجيه المكفوفين ، ٥٠ طفلا من المبصرين من احدي المدارس الابتدائية يتجانسون مع مجموعة المكفوفين من حيث السن والمستوى الاقتصادى والاجتماعى والقدرة العقلية العامة والمرحلة التعليمية ، وطبق على أفراد العينة كلا من اختبار « وكسلر » لقياس ذكاء الأطفال واختبار « الدراما النفسية » الاسقاطى الثلاثى الأبعاد — توصل الى نتائج هامة من بينها ما يلى :

تميز البطل الرئيسى فى قصص المكفوفين باضطهاد المجتمع له وعجزه عن مواجهة الحياة بمشاكلها ومسئولياتها ، فى حين تميز البطل الرئيسى فى قصص المبصرين بالمرح والطموح • وتميزت البيئة فى أوهام المكفوفين بأنها معادية فى حين أنها مساعدة ومشجعة لدى المبصرين • وتميزت الأم فى استجابات المكفوفين بأنها لا تقبل ابنها ولا ترعاه بل تهمله ولا تجيب مطالبه على عكس الأم فى استجابات المبصرين •

وتميز المكفوفون بقسوة الذات العليا وبأن تكامل الذات عندهم أقل درجة من المبصرين • أما أنواع القلق التى يعانى منها المكفوفون بصفة خاصة فهى: فقدان الحب ، أن يغلب على أمره ، اعتداء الناس عليه ، المرض ، الحوادث• ولم يعبر المبصرون سوى عن نوع واحد من القلق هو القلق من العقاب •

هذا ، وقد أجمعت كثير من الدراسات التى أجريت على المكفوفين فى الخارج على أنهم يعانون بوجه عام من « الميول العصابية » بدرجة أكبر من المبصرين، وأن هذه الميول العصابية أوضح لدى الكفيفات منها لدى المكفوفين • كذلك أظهرت دراسات أخرى أن الأعمى أكثر جمودا (أى أقل مرونة) فى تصرفاته من الشخص المبصر (١) •

---

(١) يوسف محمود الشيخ وعبد السلام عبد الغفار ، سيكولوجية الطفل غير العادى والتربية الخاصة ، دار النهضة العربية ، القاهرة ١٩٦٦ ، ص ١٤٩ •

تعليم المكفوفين فى ج٠ ع٠ م :

بلغ عدد معاهد النور الابتدائية فى العام الدراسى ١٩٦٩/٦٨ احدى عشر معهدا تضم ٥٩١ من التلاميذ ٠ وقد أنشىء أول معهد للتعليم الإعدادى للمكفوفين فى العام الدراسى ١٩٥٨/٥٧ وأول معهد للتعليم الثانوى لهم فى العام ١٩٦٢/٦١ ووصل عدد هذه المعاهد فى الوقت الحاضر الى أربعة معاهد للتعليم الاعدادى تضم ٢١٠ طالبا وثلاثة معاهد للتعليم الثانوى تضم ١٤٤ طالبا ، هذا فضلا عن معهد للتخصص المهنى بالزيتون مدة الدراسة به سنتان بعد اتمام الدراسة الابتدائية ويضم ٤٧ طالبا (١) ٠

وفيما يلى بيان بمعاهد النور الابتدائية :

- مدرسة المركز النموذجى بالزيتون ، بنين : ٣٠٢ شارع ترعة الجبل بالزيتون ٠
- مدرسة جمعية النور والأمل بمصر الجديدة ، بنات : ١٦ شارع أبوبكر الصديق ، مصر الجديدة ٠
- معهد النور بحمامات القبة ، بنين : ٥ شارع ابن مروان - حمامات القبة ٠
- معهد النور بالجيزة ، بنات : ٣٨ شارع ربيع الجيزى - ساقية مكى ٠
- معهد النور بالزقازيق ، مشترك : ٧٢ شارع أحمد ماهر ٠
- معهد النور بطنطا ، مشترك : ٢٢ شارع الامام الشافعى ٠
- معهد النور بالاسكندرية ، بنات : آخر شارع عزمى - جناكليس
- معهد النور بأبى قير ، بنين : ١٥ شارع بورسعيد - أبو قير ٠
- معهد النور بالفيوم ، مشترك : الفيوم ٠
- معهد النور ببنى سويف ، مشترك : بنى سويف ٠
- معهد النور بأسيوط ، مشترك ، أسيوط ٠

---

(١) كمال الدين أحمد خواسك ، المرجع السابق ٠

هذا بالاضافة الى معهد حر بالقاهرة ، وهو (معهد رعاية الكفيفات ـ ٥١ شارع محطة القبة) •

أما معاهد النور الاعدادية والثانوية فبيانها كالآتى :

مدرسة المركز النموذجى بالزيتون ، بنين •

مدرسة جمعية النور والأمل بمصر الجديدة ، بنات •

مدرسة الجمعية بأبو قير بالاسكندرية ، بنين (اعدادى فقط) •

مدرسة الجمعية بمحرم بك بالاسكندرية ، بنات •

ويشتمل فصل المكفوفين على عدد من المقاعد والأدراج المفردة ، وعددا من مكتبات برايل ، وآلات كاتبة برايل ، لوحات حسابية ، علب برايل ، مساطر برايل صغيرة الحجم ، أدوات هندسة برايل ، دولاب لحفظ الأدوات والوسائل المعينة ، بعض الوسائل التعليمية المناسبة لكل صف دراسى من كتب مطبوعة بطريقة برايل ومن خرائط بارزة ونماذج وعينات للحيوانات والطيور (١) •

وتهدف تربية المكفوفين علاوة على التعليم العادى الى تنشيط وتدريب حواسهم وقدراتهم الباقية وتصحيح أضرار التربية المنزلية الخاطئة بالنسبة لهم وكذا مساعدتهم على مواجهة مشكلاتهم النفسية وعلى تكيفهم نفسيا واجتماعيا • كما تهدف أيضا الى التربية الاستقلالية للكفيف واعتماده على نفسه الى أقصى قدر ممكن وتعليمه مهنة مناسبة لتأهيله للاستقلال الاقتصادى (٢) •

وتحتاج معاهد المكفوفين الى خدمات الارشاد النفسى أكثر من حاجة

---

(١) كمال الدين أحمد خواسك ، المرجع السابق •

(٢) كمال الدين أحمد خواسك ، التربية الخاصة للمكفوفين وضعاف البصر ، الوثيقة رقم ١١ ـ أ فى « حلقة تربية الموهوبين والمعوقين فى البلاد العربية ١٩٦٩ » ، جامعة الدول العربية الادارة الثقافية •

المدارس العادية اليها ، حيث ينصب الارشاد النفسي على معاونة الكفيف على التغلب على عناده ازاء المجتمع وعلى التأثيرات النفسية الناجمة عن التربية المنزلية الخاطئة وعن عدم طمأنينته الى الآخرين ، كما يهتم باخراج الكفيف من عزلته النفسية وسلبيته ومساعدته عن طريق الرعاية الفردية والرعاية الجماعية الى التكيف الاجتماعي ووضعه في الطريق الصحيح •

تعليم ضعاف البصر :

ضعيف البصر هو « أولا وأخيرا تلميذ مبصر يجب أن تعد خططه وبرامجه التعليمية على أساس اعداده للحياة في مجتمع المبصرين مع مراعاة قوته البصرية الباقية » (١) • الا أن وضع هذا التلميذ في فصل عادى قد يؤدى الى اضعاف قوته البصرية الباقية والى أن يصبح متخلفا دراسيا عن زملائه • ولذلك تخصص لضعاف البصر من التلاميذ فصول خاصة تعد بالتجهيزات والأدوات التعليمية المناسبة ، على ألا يحرموا من الاشتراك مع باقى تلاميذ المدرسة في مجالات النشاط والدراسة العملية • وتخصص أحيانا مدارس بأكملها لضعاف البصر مستكملة المعدات والتجهيزات وهيئة التدريس المتخصصة ، الا أن هذا الاتجاه يعيبه أنه لا يحقق الهدف من اعداد ضعيف البصر للحياة في مجتمع المبصرين •

ونجد في ج• ع• م تطبيقا للاتجاهين ، فهناك مدرسة واحدة مستقلة خاصة بالمحافظة على البصر وفصول ملحقة بأحد معاهد النور ، وهناك عدد من الفصول الخاصة الملحقة بمدارس ابتدائية عادية • وفيما يلى بيان بهذه الفصول والمدارس وعدد تلاميذها في العام الدراسى ١٩٦٩/٦٨ : -

	عدد الفصول	عدد التلاميذ
* مدرسة المحافظة على البصر بشبرا	٧	٥٥
* فصول مدرسة القاضى شرف الدين بالقاهرة	١	١٠

(١) كمال الدين أحمد خواسك ، التربية الخاصة للمكفوفين وضعاف البصر ، مرجع سابق •

* فصول مدرسة القاضى أحمد شوقى بالاسكندرية	٢	١٦
* فصول مدرسة أحمد لطفى السيد بالاسكندريه	١	٧
* فصول معهد النور بالجيزة	٣	٢٠
* فصول مدرسة أمير الشعراء بالجيزة	٢	١٢
* فصول مدرسة أحمد عرابى بالجيزة	٢	٢١
* فصول مدرسة أبو بكر الصديق ببنى سويف	٣	١٩
* فصول مدرسة قنا الابتدائية بقنا	٢	٢٧
(الجملة)	٢٣	١٨٧

كما أن هناك فصولا أربعة بالمرحلة الإعدادية تضم ٦٠ تلميذا وتتبع مدرسة المحافظة على البصر بشبرا (١) ٠

والمشكلة الأساسية بالنسبة لضعاف البصر فى ج٠ ع٠ م بل بالنسبة لجميع فئات المعوقين على اختلاف صنوفهم ، هى أن المجهودات المبذولة ليست سوى قطرة فى بحر اذا نظرنا الى الموضوع من زاوية الكم والعدد !!

ففى دراسة احصائية أجرتها الادارة العامة للصحة المدرسية فى عام ١٩٥٤ للوقوف على ضعاف البصر بين تلاميذ وتلميذات المرحلة الأولى فى منطقة القاهرة الجنوبية (٢) تبين أن عددهم فى هذه المنطقة وحدها (٦٧٠) تلميذا وتلميذة وأن نسبتهم الى تلاميذ المنطقة ١٧ فى الألف (بينما لا تزيد هذه النسبة فى الولايات المتحدة مثلا عن ٢ فى الألف !) ٠ فاذا أخذنا فى الإعتبار أن المنطقة التى أجرى فيها هذا الاحصاء هى من مناطق الجمهورية

---

(١) كمال الدين أحمد خواسك ، تعليم المكفوفين فى الجمهورية العربية المتحدة ، المرجع السابق ٠

(٢) مصطفى فهمى ، المرجع السابق ، ص ٤٥ ـ ٤٧ ٠

التى تتمتع بحظ وافر نسبيا من التعليم والتحضر وتوافر الخدمات الطبية ، لأمكن أن نتصور الأرقام المذهلة التى يمكن أن تتمخض عنها الدراسة الاحصائية لضعاف البصر فى جميع المناطق والمحافظات .. والدلالة واضحة على ما ينبغى بذله فى المستقبل بالنسبة لهذا الميدان من جهود علاجية ووقائية ، طبية واجتماعية وتربوية !!

أما عن المكفوفين فقد بلغ عددهم (وفق تعداد عام ١٩٦٠) ٩٢٣٥٨ كفيفا بنسبة حوالى ٣ر٦ فى الألف من عدد السكان . واذا افترضنا استمرار هذه النسبة فان عددهم فى الوقت الراهن يصل الى نحو ١٢٠ ألفا منهم حوالى عشرين ألفا فى سن المرحلة الابتدائية ، فأين من هذا الرقم جملة تلاميذ معاهد النور الابتدائية وهى - كما أسلفنا - ٥٩١ تلميذا وتلميذة !؟

التأهيل الاجتماعى المهنى للمعوقين بصريا :

تعتبر العناية بتأهيل المكفوفين فى مصر قديمة جدا وربما كانت سابقة على العناية بتأهيل أغلب فئات المعوقين الأخرى ، حيث قامت فى مصر منذ زمن طويل جمعيات أهلية وخيرية عديدة لرعاية المكفوفين .. على أن تأهيل المكفوفين قد اتخذ فى الوقت الراهن مفهوما جديدا فأصبح تأهيلا اجتماعيا مهنيا لهم بعد أن كان مجرد « تدريب مهنى » على حرف تقليدية . ويهدف هذا التأهيل الى تمكين المعوق بصريا من مزاولة العمل الذى يتناسب مع ما تبقى له من قدرات وامكانات (بعد الاستعانة بالوسائل التعويضية كالنظارات والعدسات التلسكوبية) مع معاونته على التكيف النفسى والاجتماعى والاقتصادى وفقا للظروف المحيطة به فى المجتمع .

ويلخص الدكتور محمد عبد المنعم نور مشكلات المعوقين بصريا التى يلزم الاهتمام بحلها حتى تنجح رسالة التأهيل الاجتماعى المهنى لهم فيما يلى (١) :

---

(١) محمد عبد المنعم نور ، تأهيل المكفوفين وضعاف البصر ، المرجع السابق .

(اولا) مشكلات فردية :

أ ـ المشكلات الطبيعية ؛ وتجمل فى استعادة اللياقة البدنية وتوفير الأجهزة التعويضة والنظارات والعدسات التلسكوبية التى قد تؤدى الى أى تحسين فى درجة الابصار •

ب ـ المشكلات النفسية ؛ وتجمل فى الاهتمام بالعوامل النفسية ومعاونة الكفيف على التكيف الاجتماعي •

حـ ـ المشكلات التعليمية ؛ وتجمل فى افساح فرص التعليم المتكافىء لمن هم فى سن التعليم من المعوقين بصريا ، مع وجود الاهتمام بتعليم الكبار ••

د ـ المشكلات التدريبية ؛ وتجمل فى فتح مجالات التدريب تبعا لمستوى المهارات •

(ثانيا) مشكلات اجتماعية :

أ ـ مشكلة العلاقات ؛ وتجمل فى توثيق صلات المعوق بمجتمعه وتوعية المجتمع بأحواله وامكاناته •

ب ـ المشكلات التدعيمية ؛ وتجمل فى الخدمات المساعدة المادية والترفيهية وامتيازات الانتقال والاتصال •• ومن الامتيازات التى تقررت فى ج• ع• م ثم أخذت بها البلاد العربية الأخرى ، تشريع اعفاء الرسائل والكتب المكتوبة بالخط البارز من الرسوم البريدية ، كما صدر القانون رقم ٩١ لسنة ١٩٥٩ الذى يحتم على أصحاب المصانع والمؤسسات تشغيل نسبة ٢ ٪ من « المعوقين » فى حالة استخدامهم لما يزيد عن ٥٠ عاملا •

حـ ـ المشكلات الثقافية ؛ وتجمل فى توفير المواد والأدوات والوسائل الثقافية كالكتب البارزة وغيرها •

د ـ المشكلات الأسرية ، وتجمل فى تمكين المعوق من الحياة الأسرية

الصحيحة والاهتمام بالحالات التى يكون فيها لدى كل من الزوج والزوجة أو أحدهما عائق بصرى ٠

(ثالثا) مشكلات مهنية :

أ – المشكلات التوجيهية ؛ وتجمل فى تهيئة سبل وأساليب التوجيه المهنى السديد لمن يتم اعدادهم وتدريبهم ٠

ب – المشكلات التشريعية ؛ وتجمل فى اصدار التشريعات التى تهيىء للقيام بتشغيل المعوقين بصريا وتسهل حياتهم فى المجتمع ٠

ح – مشكلة الحماية ؛ وتجمل فى انشاء المصانع المحمية من المنافسة ٠

د – مشكلات الاندماج ؛ وتجمل فى توفير فرص العمل والتفاعل مع بقية المواطنين ومحاربة الانعزالية فى شتى صورها ٠

وقد نشطت فى الجمهورية العربية المتحدة حركة تشغيل المعوقين بعد صدور قانون العمل رقم ٩١ لسنة ١٩٥٩ مما أدى الى آثار واضحة فى مكافحة ظاهرة التسول ٠ وفى تجربة باشراف الدكتور محمد عبد المنعم نور أمكن تأهيل حوالى ألفين من المكفوفين فى المدة من ١٩٦٣ الى ١٩٦٥ حيث استحدثت فى هذه التجربة أعمال ومجالات مهنية جديدة للمكفوفين ٠

وفيما يلى قائمة بأنواع المهن التى تم تأهيل المكفوفين عليها فى هذه التجربة (١) ٠

١ تجميع الثلاجات ٠

٢ تجميع البوتاجاز ٠

---

(١) محمد عبد المنعم نور ، تأهيل المكفوفين وضعاف البصر ، المرجع السابق ٠

٣ تجميع الدراجات •
٤ تجميع الكوالين والاقفال •
٥ تجميع الغسالات الكهربائية •
٦ تجميع المكانس الكهربائية •
٧ تجميع المفصلات •
٨ تجميع عدادات المياه والكهرباء •
٩ تجميع السباليونات •
١٠ تجميع القطارات •
١١ أعمال ازالة الرايش •
١٢ أعمال الأدوات الكهربائية •
١٣ الانتاج المدنى بالمصانع الحربية •
١٤ أعمال التوصيلات الكهربائية •
١٥ أعمال صيانة السيارات •
١٦ أعمال تركيب الموتورات •
١٧ الدهان بالدوكو •
١٨ تجميع منتجات البلاستيك •
١٩ أعمال التعبئة والتغليف •
٢٠ تفتيح العلب •
٢١ تخريم الكرتون على الماكينة •
٢٢ فرز الزجاج •
٢٣ تنظيف الزجاج •
٢٤ أعمال النجارة •
٢٥ أعمال المخازن

٢٦ أعمال البرادة .

٢٧ أعمال السباكة .

٢٨ أعمال السنفرة .

٢٩ أعمال السمكرة .

٣٠ أعمال الحياكة للأقمشة السميكة .

٣١ أعمال عد الثياب .

٣٢ تفصيل الفوط ذات الاهداب .

٣٣ أعمال الــكى .

٣٤ أعمال التريكو .

٣٥ أعمال انتاج الغزل .

٣٦ أعمال الحشو والتنجيد .

٣٧ أعمال النسيج .

٣٨ السجاد والكليم .

٣٩ أخصائى تدليك .

٤٠ أخصائى شئون قانونية .

٤١ مهندس سيارات .

٤٢ أعمال السكرتارية .

٤٣ الترجمة .

٤٤ الآلة الكاتبة .

٤٥ التليفون .

٤٦ تدريس البرايل (الخط البارز) .

٤٧ الاستعلامات .

٤٨ التعليم العام .

٤٩ الموسيقى ٠

٥١ شد واصلاح البيانو ٠

٥٢ الطباعة البارزة ٠

٥٣ صناعة الأحذية ٠

٥٤ صناعة الكرينة ٠

٥٥ الصناعات الجلدية ٠

٥٦ جدل الحبال والدوبار ٠

٥٧ أعمال النظافة ٠

٥٨ ـ أعمال الحدائق ٠

٥٩ أعمال الزراعة ٠

٦٠ تربية الدواجن ٠

المركز النموذجي لرعاية وتوجيه المكفوفين بالزيتون :

فى عام ١٩٥٢ وقعت الحكومة المصرية مع الأمم المتحدة (منظمة العمل الدولية) اتفاقا يقضى بانشاء مركز نموذجي للمكفوفين فى الزيتون تكون له الصفة الاقليمية ، بحيث يهدف نشاطه لمصلحة مصر وغيرها من البلاد العربية ٠

وقد افتتح هذا المركز فى ديسمبر ١٩٥٣ ، وقام منذ ذلك التاريخ بتقديم أنواع شتى من الخدمات وأوجه الرعاية للمكفوفين ٠ ويشتمل نشاط المركز على النواحى الآتية (١) :

---

(١) محمد نجاح السيد بسيونى ، تقرير عن المركز النموذجي لرعاية وتوجيه المكفوفين بالزيتون (ج٠ع٠م) ، الوثيقة رقم ٥ ـ أ فى « حلقة تربية الموهوبين والمعوقين فى البلاد العربية ١٩٦٩ » ، جامعة الدول العربية ، الإدارة الثقافية ٠

(١) **مدرسة المركز** ؛ التى تضم فى الوقت الحالى ٢٧٥ تلميذا وطالبا بالمراحل التعليمية الثلاث (الابتدائية والاعدادية والثانوية) • وقد تخرج فى هذه المدرسة خمس دفعات ممن أتموا دراستهم الثانوية ، والتحق عدد منهم بالجامعات والمعاهد العليا •

(٢) **التدريب المهنى** ؛ وقد قام المركز منذ عام ١٩٥٣ بتأهيل بضعة آلاف من المكفوفين على أنواع مختلفة من الصناعات ومجالات العمل منها التقليدية ومنها المستحدثة ، كما نجح المركز فى تشغيل ١٥٠٠ كفيف فى المصانع والمؤسسات والشركات تطبيقا لقانون تشغيل المعوقين ، وبذل الجهود لايجاد الأسواق اللازمة لتصريف منتجات المكفوفين • وقام أيضا بدراسات تحليلية واسعة فى ميادين العمل المختلفة بهدف حصر المهن والأعمال التى يمكن للكفيف القيام بها تمهيدا لتضمينها فى خطة التدريب المهنى •

(٣) **قسم الرعاية البيئية والمنزلية** ، وتشمل خدمات هذا القسم التى امتدت الى ٥٥٠٠ كفيف وكفيفة ، بحث أحوال المكفوفين فى المناطق التى يعملون بها وحل مشاكلهم الاجتماعية ، وتنظيم خدمات جماعية للترفيه عن المكفوفين وتشجيعهم على ممارسة الهوايات وتنظيم أوقات الفراغ ، وتعليم طريقة برايل لبعض المكفوفين فى منازلهم ، وتوجيه المكفوفين الى الاستفادة من الخدمات المختلفة القائمة فى بيئتهم ، الى غير ذلك •

ومن الجهود الهامة لهذا القسم افتتاح « **معهد للاعداد الموسيقى** » فى عام ١٩٦٤ يضطلع بتنمية القدرات الموسيقية فى منهج نظامى مدته أربع سنوات• ويضم هذا المعهد فى الوقت الراهن ٥٨ طالبا •

(٤) **قسم والطباعة والنشر بالخط البارز** ؛ ويقوم هذا القسم بطباعة الكتب الدراسية والثقافية والأدبية والعلمية ، وقد توج عمله بطباعة القرآن الكريم في ست مجلدات وطباعة القاموس العصري « انجليزى - عربى » •

ويصدر قسم الطباعة مجلة شهرية ومجلة أخرى للأطفال ، كما يصدر عددا دوريا كل ثلاثة شهور من مجلة « الدراسات الجديدة » المخصصة لطلاب الجامعة ومن فى مستواهم ٠

وعلى الرغم من ارتفاع تكاليف طباعة الكتب البارزة فان المركز يوفرها للمكفوفين بأسعار رمزية ٠٠ ومما يذكر أن هيئة الأمم المتحدة أهدت الى المركز مطبعة للطباعة البارزة فى عام ١٩٥٣ ، وأن مكتبة المركز تحتوى على ٦٠٠٠ مجلد وكتاب بارز بخلاف الكتب الناطقة المسجلة على اسطوانات ٠

(٥) اعداد الأخصائيين العرب فى ميدان رعاية المكفوفين ، يستقبل المركز فى كل عام مبعوثين ومبعوثات من سائر البلاد العربية للدراسة والتدريب على رعاية المكفوفين واعداد القادة الذين يعملون فى الميدان ٠

وقد نظم المركز ١٣ دورة مدة كل دورة منها عام دراسى كامل ، وتخرج فى هذه الدورات ٣٠٠ مبعوثا تحت اشراف جامعة الدول العربية ٠

كذلك يتعاون المركز مع وزارة التربية والتعليم فى تنظيم دراسات تهدف الى اعداد مدرسى المرحلتين الاعدادية والثانوية للمكفوفين ٠ وقد تم اعداد أربع دورات تدريبية تخرج فيها ٣٥ مدرسا يعملون فى مدارس المكفوفين فى الجمهورية العربية المتحدة ٠

ويتعاون المركز أيضا مع المعاهد العليا للخدمة الاجتماعية وأقسام الاجتماع بكليات الآداب فى تدريب طالباتها وطلبتها فى مجال الرعاية الاجتماعية للمكفوفين ٠

مشروعات التأهيل الجديدة :

وهناك مشروعات جديدة لتأهيل المكفوفين يهتم بها المركز النموذجى لرعاية وتوجيه المكفوفين ، وتشرف عليها وزارة الشئون الاجتماعية (الادارة العامة للتأهيل الاجتماعى للمعوقين) ٠ ومن أهم هذه المشروعات ، مشروع

المعينات البصرية الذى يهدف الى تهيئة فرص جديدة أمام من تبقى لهم قدر يسير من البصر يتيح لهم الافادة من استخدام عدسات تلسكوبية لاصـــقة وغيرها مما يوفره التقدم العلمى الحديث •

ومن هذه المشروعات أيضا تأهيل المكفوف فى البيئة الريفية ، ويتضمن المشروع معاونة فاقدى البصر على مزاولة نشـــاط مثمر ببيئاتهم الريفيـــة ، وذلك بعد الدراسة الاجتماعية والنفسية لحـالاتهم وتقدير مدى صـــلاحيتهم للعمل فى محيط الريف فى الزراعة أو تربية الماشية والدواجن أو الصناعات البيئية الريفية •

الصم وضعاف السمع

يعرف الطفل الأصم من الناحية الطبية بأنه ذلك الطفل الذى حرم حاسة السمع - حرمانا تاما - منذ ولادته - أو ذلك الذى فقد القدرة السمعية قبل تعلمه الكلام ، أو الذى فقدها بمجرد تعلمه الكلام مما أدى الى سرعة فقدانه لآثار التعليم (١) ٠

وتقترن الاعاقة السمعية عادة بالقصور الشديد فى اكتساب اللغة وتعلم الكلام ٠٠ « فاكتساب الطفل العادى اللغة عملية تعتمد أساسا على القدرة على السمع وعلى محاكاة ما يسمع وهذا ما حرم منه الطفل الأصم ٠ واكتساب اللغة يسير فى خطوات معينة ، فالطفل يبدأ محدثا أصواتا مختلفة ويشعر بارتياح وسعادة لما يسمعه من أصوات يحدثها ، بعد هذا تأتى مرحلة تقليد الكلمات التى يسمعها والتى يشعر بأنها تسر أمه وأباه فيكررها لاسعادهما ٠٠ ٠٠٠٠ أما الطفل الأصم فهو أيضا يبدأ محدثا بعض الأصوات (اذا لم يكن هناك عيب فى الصوت) غير أنه لايستمتع بما يحدثه من أصوات نتيجة لعجزه السمعى ، وسرعان ما ينقطع الطفل عن احداث هذه الأصوات الا اذا وجد ممن حوله من يشجعه ويكافئه على الاستمرار فى احداثها ٠ » (٢)

ويستخدم جهاز قياس السمع **Audiometer** واختبارات السمع الأخرى فى استخراج حدة السمع لكل أذن على حدة ، كما تجرى للطفل اختبارات خاصة لتقدير قدرته على الكلام ٠ وفى ضوء هذه النتائج يتقرر ما اذا كان الطفل يحتاج الى استخدام جهاز سمعى ونوع هذا الجهاز ، وكذلك نوع الأسلوب الذى يفضل فى تعليمه وما اذا كان يحتاج الى تدريب

---

(١) مصطفى فهمى ، التربية الخاصة للصم وضعاف السمع ، الوثيقة رقم ١١/ب فى « حلقة تربية الموهوبين والمعوقين فى البلاد العربية ١٩٦٩ » ، جامعة الدول العربية ، الادارة الثقافية ٠

(٢) يوسف محمود الشيخ وعبد السلام عبد الغفار ، المرجع السابق ، ص ٣٠٦ ٠

سمعى أو تدريبات كلامية أو تعليم علاجى أو الى استخدام طريقـــة قراءة الشفاه الخ ..

وباستثناء ضعاف السمع من الدرجة الطفيفة (الذين تقع عتبة سمعهم بين ٢٠ و ٤٠ وحدة صوتية أقل من العادية ، والذين يمكن الابقـــاء عليهم فى الفصول المعتادة مع اجـلاسهم فى المقاعد الأماميـة) فان الصم - كليا أو جزئيا - يحولون عادة الى معاهد خاصة يطلق عليها فى ج٠ع٠م « معاهد الأمل » أو فصول خاصة بهم تلحق ببعض المدارس الابتدائية العادية ٠

وهناك من يعارض هذا الاتجاه ، ويرى أن عزل الطفل الأصم يباعد بينه وبين المجتمع ولا يساعد على تغلبه على آثار اعاقته ٠ وينادى أصحاب هذا الرأى بأن يكون العزل - اذا اقتضته الضرورة - لفترة مؤقتـة وكمرحلة تدريجية يجب أن تنتهى الى ادماج الطفل فى فصل العاديين بعد تهيئتـه اللازمة لذلك ٠ وهذا هوالرأى الذى يأخذ به « معهد السمع والكلام » فيما يجريه من تجارب على الأطفال الصم ، وهو المعهد الذى أنشىء منذ سنتين تقريبا بامبابه وقامت حكومة الدانيمارك باعداده وتجهيزه بأحدث الأجهزة وفق اتفاقية خاصة ٠

الخصائص النفسية للمعوقين سمعيا :

أجريت دراسات عدة على الصم وضعاف السمع بغرض التعرف على تأثير الاعاقة السمعية على شخصية الطفل وعلى المظاهر المختلفة للاعاقة ٠

ومن هذه الدراسات فى ج٠ع٠م٠ بحث حديث لدرجة الماجستير قامت به فى قسم الصحة النفسية بكلية التـربية بجامعة عين شمس ، السـيدة زينب محمود اسماعيل (١) على مائة طفل (متوسط أعمارهم ١٤ سنة) بينهم

---

(١) زينب محمود اسماعيل ، دراسـة مقارنة بين الأطفـال الصم وعاديى السمع من حيث الاستجابات العصابية ، رسالة للحصول على درجة الماجستير فى التربية (قسم الصحة النفسية) كلية التربية بجامعة عين شمس ، القاهرة ١٩٦٨ (غير منشورة) ٠

٧٠ من الصم و ٣٠ من ضعاف السمع، حيث قارنت بين خصائصهم الشخصية ومثيلاتها لدى مائة طفل من عاديي السمع يتشابهون مع الأولين في ظروف السن والتعليم والبيئة الاجتماعية بوجه عام ٠

وقد تبين من نتائج هذا البحث أن المعوق سمعيا يعانى من الشعور بالنقص والدونية بدرجة أوضح كثيرا منها لدى عادى السمع ، وأن هـذا الشعور بالنقص يزداد مع زيادة درجة الاعاقة ٠٠ وكانت من الصفات البارزة الأخرى للمعوق سمعيا ميله الواضح الى الانزواء والانسحاب من المجتمع وما يصاحب ذلك من ظاهرة الاغراق فى أحلام اليقظة ٠ كما يعانى المعوق سمعيا من سوء التكيف العائلى ومن الاخفاق فى اقامة علاقات ناجحة مع الآخرين بوجه عام وعلى الأخص من عاديى السمع ٠

والصـورة العامة التى يقدمها هـذا البحث للأصم وضعيف السمع هى أقرب الى صورة الشخص غير الناضج وجدانيا واجتماعيا ، بل هى صورة أقرب الى صورة الشخص العصابى فى كثير من السمات !! فقد أظهر البحث أن المعوق سـمعيا يعانى بدرجة زائدة من القلق والخجـل والتبـرم وسورات الغضـب والمخـاوف المرضـية والشك فى النـاس وعدم القدرة على تحمـل المسئولية ٠٠ وتزداد هذه السمات فى حدتها لدى الشخص الأصم منها لدى ضعيف السمع ٠

وتعزز البحوث والدراسات التى أجريت فى الخارج هذه النتائج الى حد كبير ، حيث تكاد تجمع على أن الأطفال الصم أقل توافقا من غيرهم ـ سـواء فى ذلك التوافق المدرسى أو العائلى ـ كما يشير بعض الدراسات الى ارتفاع درجات الصم فى مقاييس العصابية وعدم الثبات الانفعالى ، ويشير بعضـها الآخر الى ابتعاد مستويات الطموح عند الصم عن الواقعية فهى اما عالية جدا أو منخفضة جدا ، كما يشير بعضها أيضا الى أن الأطفال الصم أكثر جمودا ـ

الى ـ اقل مرونة ـ من الأسوياء فى بعض الأعمال (۱) ٠

وتدل نتائج دراسات أخرى على أن الأطفال الصم يميلون الى الانسحاب من المجتمع والى الاشباع السريع المباشر لحاجاتهم ، وأنهم أظهروا عجزاً وضعفا فى قدرتهم على تحمل المسئولية وفى النضج الاجتماعى ، وأنهم ـ كمجموعة ـ يعانون من مشكلات سلوكية ذات طابع خاص كالعدوان والسرقة والرغبة فى التنكيل وايذاء الآخرين (۲) ٠

أما عن تأثير الاعاقة السمعية على النمو اللغوى وعلى التحصيل الدراسى ، فقد تبين من بعض الدراسات أن الأطفال فى مدارس الصم متأخرون عن أقرانهم فى المدارس العادية بما يعادل ۳ ـ ٥ سنوات ٠ وظهر أيضا من بعض الدراسات أن ذكاء المعوقين سمعيا يقل بوجه عام عن ذكاء عاديى السمع ، الا أن دراسات أخرى شككت فى هذه النتائج ٠ ولعلنا لم نصل الى الآن الى اختبار للذكاء يعبر تعبيرا صحيحا عن ذكاء الأصم وضعيف السمع ، ويتيسر بنفس الوقت استخدامه مع العاديين بشكل صحيح وفى ظروف متساوية حتى تصح المقارنة بين هؤلاء وأولئك !! (۳)

تعليم الصم فى ج٠ ع٠ م :

تقتصر « معاهد الأمل » الخاصة بتعليم الصم فى الجمهورية العربية المتحدة على تعليمهم الابتدائى فقط مع التخصص المهنى فى بعضها وهى المعاهد الآتية :

ـ معهد الأمل بالمطرية ، والتخصص المهنى : ٦ ش الملك الكامل ـ المطرية

---

(۱) يوسف محمود الشيخ وعبد السلام عبد الغفار ، المرجع السابق ، ص ۱٦۷ ـ ۱٦۸ ٠

(۲) مصطفى فهمى ، مجالات علم النفس ، المجلد الثانى ، ص ۷٦ ـ ۸۳ ٠

(۳) صموئيل مغاريوس ، مظاهر الاعاقة المختلفة وطرق الكشف عنها ، الوثيقة رقم ٦ فى « حلقة تربية الموهوبين والمعوقين فى البلاد العربية ۱۹٦۹» جامعة الدول العربية ، الادارة الثقافية ٠

- معهد الأمل بحلوان : ٦٠ ش رياض - حلوان ٠
- معهد الأمل بشبين الكوم : ٢٢ ش الامام الشافعى - شبين الكوم ٠
- معهد الأمل بالمنصورة : البحر الصغير - المنصورة ٠
- معهد النور والأمل بالسويس : ١ ش صلاح الدين - السويس ٠
- معهد الأمل بالاسماعيلية : ١٢٨ ش التحرير - الاسماعيلية ٠
- معهد الأمل والنور بالاسكندرية : آخر شارع عزمى - جناكليس
- معهد الأمل للبنات بالحضرة ، والتخصص المهنى : ش المفتش بالحضرة الاسكندرية ٠
- معهد النور والأمل ببنى سويف : ش سعد زغلول - بنى سويف ٠
- معهد النور والأمل بالفيوم : الفيوم ٠
- معهد الأمل بالمنيا : كفر المنصورة - المنيا ٠
- معهد النور والأمل بأسيوط : شارع الميثاق - أسيوط ٠
- فصول الأمل بسوهاج : طهطا ٠

هذا فضلا عن معهد حر هو (معهد الأمل القومى - ٢٤ شارع مصر والسودان - القبة - القاهرة) ٠

وتبلغ جملة فصول الابتدائى بالمعاهد الحكومية ١٣٥ فصلا تضم ١٣٨٠ تلميذا بحسب آخر احصائية « لخدمات الادارة العامة للتربية الخاصة بوزارة التربية والتعليم فى مجالات المعوقين » والصادرة فى بداية عام ١٩٦٩ ، كما تبلغ فصول التخصص المهنى للصم ٣٤ فصلا تضم ٤٢٦ من التلاميذ ٠

وليست المشكلة هنا هى مشكلة الأرقام فقط ، حيث يفيد تعداد عام ١٩٦٠ أن الصم يبلغون ١٨٠٥٣ نسمة فى الجمهورية ، لعلهم وصلوا الى أكثر من ٢٢ ألفا فى الوقت الحاضر بمراعاة نسبة تزايد السكان (منهم حوالى خمسة آلاف طفل فى سن المدرسة الابتدائية) كما أن « ضعاف السمع » بين تلاميذ

وتلميذات المرحلة الأولى فى البحث الذى أجرته الادارة العامة للصحة المدرسية عام ١٩٥٤ (١) بلغ عددهم فى منطقة القاهرة الشمالية وحدها ٣١٢ تلميذا وتلميذة وفى منطقة القاهرة الجنوبية ٢٢٠ تلميذا وتلميذة ٠٠

نقول ليست المشكلة مشكلة الأرقام وحدها ، وانما المشكلة أن هناك اتجاها رجعيا بالنسبة للصم يرى أنه بحكم نوع اعاقتهم ومشكلاتهم السلوكية الخاصة التى تنأى بهم بعيدا عن المجتمع ، فلا داعى لأن يتعلموا أكثر من التعليم الابتدائى وينبغى أن يعدوا بعد ذلك لنوع خاص من التعليم يقوم أساسا على العمل اليدوى وعلى التخصص المهنى الذى يمكنهم من كسب قوتهم عن طريق حرفة فنية أو عملية ٠ ولعل هذا الاتجاه يتضح عند المقارنة بين تعليم المكفوفين وتعليم الصم فى الجمهورية العربية المتحدة ، فبينما أنشئت للمكفوفين المعاهد الاعدادية والثانوية وتخرج بعضهم فى الجامعة فعلا ، نجد أن الصم لم تنشأ لهم سوى معاهد ابتدائية ومعاهد للتخصص المهنى ولم يخطط لمتابعتهم للتعليم العام والتعليم العالى بعد ذلك !!

على أن الاتجاه الحديث فى تعليم الصم وتربيتهم ينادى بأن تقدم لهم نفس المناهج التى تقدم الى العاديين بالاضافة الى ما يقدم لهم من مناهج خاصة ، وذلك على أساس الدراسات التى تشكك فى وجود علاقة حتمية بين الصمم وبين الذكاء والتحصيل الدراسى ، والتى تؤكد أن الطفل الأصم يستطيع اذا أحسن توجيهه وتربيته أن يصل الى مستوى تحصيلى يقترب من المستوى التحصيلى للطفل غير الأصم الذى يماثله فى ميوله ومستواه العقلى (٢) ٠

أما عن الاحتجاج بالمشكلات السلوكية العنيفة للأطفال الصم وبرغباتهم الانعزالية ونماذج شخصياتهم شبه العصابية ، والاستناد الى ذلك فى اعتبارهم

---

(١) مصطفى فهمى ، أمراض الكلام ، مكتبة مصر ، القاهرة ، ص ١٠٨ ٠
(٢) يوسف محمود الشيخ وعبد السلام عبد الغفار ، المرجع السابق ، ص ٣٠٥ ٠

فئة لا تستحق من المجتمع أكثر من تعليمهم التعليم الابتدائى (فى عزلة عن الآخرين) ومساعدتهم على الارتزاق من حرف محدودة - فهى حجة واهية لا يساندها المنطق الصحيح • ونرى - على العكس - أن هذه الأسباب تدعو الى زيادة الاهتمام بمشكلات الصم وتدعيم خدمات الارشاد النفسى بالنسبة لهم ومحاولة استئصال العوامل الاجتماعية التى تؤدى بهم الى أنماط السلوك التى اتخذوها لتحصنهم - فى رأينا - لا ضد الحدود التى تفرضها عليهم اعاقتهم وحدها ، بل وبالدرجة الأولى ضد الاتجاهات الاجتماعية المعادية التى يبادئهم بها الآخرون وبعضهم من أقرب الناس اليهم !

ان الطفل الأصم ليس طفلا ضعيف العقل ، ولم يثبت أن اعاقته هى اعاقة ذهنية حتى يصبح مصيره التعليمى هو مصير ضعيف العقل الذى لا يستطيع أن يواصل التعليم العام بحكم طبيعة اعاقته •• والطفل الأصم هو طفل عادى من حيث القدرات العقلية غير أنه يحتاج الى الوسائل المعينة والطرق التعليمية المناسبة حتى يستطيع أن يحسن استغلال هذه القدرات ! وفيما عدا القصور فى حاسة السمع فان هذا الطفل له من ميكانزمات الكلام ما للطفل العادى وان لم تتح له خبرات العادى المهيئة للكلام ••

والأمر يقضى بأن توجه جهود علمية مركزة الى البحث العلمى فى هذا الحقل البكر ، وأن يخصص بعض هذه البحوث للجوانب الطبية من مشكلة الاعاقة السمعية والاعاقة الكلامية ، كما يخصص بعضها الآخر لدراسة تأثير الرعاية المبكرة على الاعاقة وعلى التكيف الشخصى الاجتماعى للأصم، ويخصص بعضها أيضا لمحاولات زيادة الوعى النفسى لدى آباء الأطفال الصم وتعديل اتجاهاتهم نحو أبنائهم •• فضلا عن البحوث المقارنة للأساليب والطرق المختلفة فى تعليم الصم وتكيفهم الاجتماعى •

ونشير بهذا الصدد الى الدليل القيم (١) الذى يوجه معلمى هذه الفئة من

---

(١) مصطفى فهمى وهدى براده ، دليل المعلم فى التربية السمعية والتدريب على تعليم الكلام ، دار مصر للطباعة ١٩٦٧ •

الأطفال الى عدد من الأساليب الحديثة فى تعليمهم وتوجيههم ، وبالأخص الى أسلوب مبتكر يستخدم « القصة » كوسيلة فى تعليم الصم ٠

معهد السمع والكلام :

من النقط المضيئة فى ميدان رعاية الصم وضعاف السمع فى الجمهورية العربية المتحدة والتى تبشر بوثبة واسعة فى خدمات الرعاية والجهود المبذولة لهم فى المستقبل القريب ، « معهد السمع والكلام » بمستشفى النبوى المهندس بامبابه ، الذى أنشىء منذ سنتين وزود من الدانيمارك بأحدث الأجهزة العلمية – بعضها لاجراء الفحوص المختلفة فى السمع والكلام ، وبعضها للتدريبات والتصحيحات السمعية والكلامية ، وبعضها الثالث لتدريب المشرفين على تدريب الأطفال ٠ ومن بين هذه الاجهزة أجهزة يسهل حملها ونقلها الى أى مكان خارج المعهد للاستخدام المباشر ، ومنها أيضا أجهزة لقياس السمع بطريقة جماعية ، أى لعدد من الأفراد فى وقت واحد ، مما يصلح استخدامه داخل الفصول الدراسية لاكتشاف ضعاف السمع والصم من تلاميذ الفصل فى دقائق معدودة٠

ومن أوجه النشاط التى يقوم بها المعهد الانتقال الى المدارس الابتدائية للكشف المبكر عن التلاميذ المعوقين سمعيا توطئة لوصف الأجهزة السمعية أو الاجراءات الخاصة المناسبة لهم أو لتحويلهم الى المعهد للعلاج ، وكذلك اجراء فحوص السمع على المرضى بحميات معينة قبل مغادرتهم المستشفى للتأكد مما يمكن أن تكون الحمى قد خلفته من آثار سمعية ، واجراء الفحوص أيضا على بعض مرضى مستشفيات الصدر الذين يعالجون بالستربتومايسين للغرض نفسه ٠

ويقوم المعهد ببحوث هامة فى الوقت الحاضر فى محافظة البحيرة تهدف الى دراسة تأثير بعض الحرف والمهن على السمع ، وببحث آخر حول تأثير الضوضاء على سائقى القطارات ٠

ومن مشروعات المعهد الوشيكة التنفيذ انشاء دار للحضانة مستقلة للصم

من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنتين وست سنوات ، على اعتبار أن رعايتهم المبكرة في هذه المرحلة يمكن أن تتلافى القصور في المجال اللغوى والمضاعفات الحسية والشخصية المترتبة على الاهمال والمعاملة الخاطئة ، وأنه من الممكن بذلك تهيئة غالبية الأطفال للالتحاق بعد ذلك بالمدرسة الابتدائية العادية ..

ومن مشروعات المعهد أيضا أن تمتد خدماته فى التشخيص الى دور رعاية الطفل لاكتشاف الأطفال المعوقين سمعيا وهم بعد فى الأيام الأولى من العمر !

ونرى أن هذه الباكورة المشرفة من النشاط والخدمات تحتاج الى موالاة ومؤازرة جميع الجهات المعنية ، وخاصة فى تنسيق البحوث العلمية فى ميدان الصم وضعاف السمع بحيث تشمل جميع نواحى شخصية الأطفال وبحيث يشترك فيها الخبراء من سائر التخصصات ذات العلاقة ٠

ذوو العاهات البدنية

الى جانب الاعاقة البصرية والاعاقة السمعية اللتين خصصناهما بجانب كبير من حديث الاعاقة البدنية ، بالنظر الى الأعداد الضخمة للمعوقين بهاتين الاعاقتين بدرجات مختلفة وبالنظر كذلك الى الاعتبارات التعليمية الخاصة المتعلقة بهما - الى جانب هاتين الاعاقتين المتصلتين بالحس ، هناك أنواع شتى من العجز البدني والعاهات البدنية التى ترعاها فى الجمهورية العربية المتحدة مكاتب أو مراكز خاصة للتأهيل الاجتماعى تابعة لوزارة الشئون الاجتماعية.. بعض هذه العاهات يتصل بالحس وبعضها الآخر يتصل بأعضاء الحركة ، ومنها ما يولد به الطفل ومنها ما يصاب الانسان به فى أى عمر !

وقد بلغ عدد مكاتب ومراكز التأهيل الاجتماعى للمعوقين بدنيا فى عام ١٩٦٦/١٩٦٧ (وهو آخر احصاء أمكننا الحصول عليه) (١) عشرين مكتبا للتأهيل وخمسة مراكز تأهيلية موزعة على سائر محافظات الجمهورية باستثناء الاسماعيلية والبحر الأحمر والوادى الجديد ومرسى مطروح وسيناء . وثمة أربعة مصانع لتشغيل المعوقين ، منها مصنعان بالقاهرة وثالث بالاسكندرية ورابع بدمياط .

وقد انتفع بالخدمات المنوعة لمكاتب ومراكز التأهيل فى عام ١٩٦٦/١٩٦٧ عدد ٨٢٠٨ فردا من كبار وصغار وذكور واناث ، تتراوح عاهاتهم بين أطراف عليا مبتورة الى أطراف سفلى مبتورة الى أنواع مختلفة من الشلل والجزام والدرن والعمى والصمم ، الى الحالات التى تجمع بين عاهتين أو أكثر .

وتدل الاحصاءات على أنه قد صرف لهؤلاء ٩٢٣٧ من الأجهزة المختلفة ، منها الأذرع والأرجل الصناعية وعجلات المقعدين وأجهزة الشلل والأسنان الصناعية

---

(١) الكتاب السنوى للاحصاءات الاجتماعية ، وزارة الشئون الاجتماعية - ادارة الاحصاءات الاجتماعية ، القاهرة ، يناير ١٩٦٨ .

والنظارات وأجهزة السمع وأجهزة أخرى طبية وغيرها .. فضلا عن العلاج الطبيعي والتدريبات والخدمات العلاجية المختلفة للحالات .

كذلك تم تدريب أكثر من أربعة آلاف من ذوى العاهات على أنواع الحرف الآتية :

سمكرة - جلود - نجارة - نسيج وسجاد - خراطة وسباكة - برادة ومعادن - آلة كاتبة - ميكانيكى - خياطة وتطريز - كهربائى - صناعة الكراسى - ترزى - بلاستيك ومقشات رز - أسترجى - صناعات زراعية - مناحل - صناعة الخوص والقش - منتجات أدوات النظافة - مطبعة - أسنان - تربية فنية - تربية زراعية - وحرف أخرى .

وربما كان من أفضل مراكز التأهيل اعدادا وتجهيزا « مركز التأهيل المهنى للمحاربين القدماء » بالعجوزة ، وهو يخدم حالات مشوهى الحرب كما يخدم غيرهم أيضا . ويشتمل هذا المركز على أحدث أجهزة التدليك والتدريبات العضلية والعلاج الطبيعى ، فضلا عن حمامات « السونا » وحمامات السباحة الفردية والجماعية . وبه مصنع كبير لتجهيز الأطراف الصناعية وفق المواصفات المطلوبة . ويحتوى المركز كذلك على عدد غير قليل من الأجهزة والاختبارات السيكولوجية لقياس القدرات العقلية والمهارة اليدوية والتآزر الحركى ... وبالمركز أيضا عدد من الورش لتدريب المعوقين على بعض أنواع الحرف والصناعات اليدوية والفنية .

الخصائص النفسية لذوى العاهات :

فى الدراسة المثيرة التى أجراها الدكتور مختار حمزة (١) فى ج. ع. م على

---

(١) الوكيل الحالى لوزارة الشئون الاجتماعية وأستاذ علم النفس السابق بكلية البنات بجامعة عين شمس . وقد اشتغل بالتأهيل المهنى للعجزة وذوى العاهات فترة طويلة ، كما قاد عددا من البحوث والدراسات النفسية الميدانية الهامة .

أكثر من مائة حالة من أصحاب عاهات متباينة توصل الى أن « الجانب العاطفى فى مشكلة ذوى العاهات أهم بكثير من باقى النواحى الأخرى ، فاختلال النواحى العاطفية ، ونظرة المصاب الى نفسه ، ونظرة الناس اليه ، واتجاه أصحاب الأعمال وغيرهم نحوه تتخذ المكان الأول فى المشكلة • وأما العاهة نفسها أو العجز الجسمى أيا كان ، وان كان هو الأساس الا أنه يتخذ موضعا جانبيا ويصبح فى هامش الصورة » (١) • كما كان من نتائج هذه الدراسة أيضا أن « ما لا يقل عن ٤٠٪ من ذوى العاهات يعتبر سلوكهم عاديا بل قد يفوق المستوى العادى فى بعض الأحيان » ، وأن السلوك الشاذ لأغلب الباقين لا يختلف كثيرا عن السلوك الشاذ للأشخاص العاديين • وعلى الرغم من أن سلوك بعض ذوى العاهات يغلب عليه الخجل الشديد والشعور بالنقص والانسحاب ، « الا أن منهم أيضا من هو على النقيض من ذلك تماما » •• ومن النتائج الهامة أيضا أن نسبة السلوك الشاذ فى حالة المصابين بعاهات منذ آجال طويلة كانت أكبر منها عند المصابين حديثا ، وأن محاولات الربط بين أنواع السلوك وأنواع العاهات أدت الى نتائج سلبية ، « فلم تكن هناك صفات مميزة لمبتورى الذراع الأيمن مثلا » !

ومؤدى هذه النتائج أن كل حالة من حالات ذوى العاهات يجب أن تؤخذ على أنها حالة فردية ، وأن تدرس فى ضوء الخصائص الشخصية لصاحب هذه الحالة • كما أن مبتورى الذراع الأيمن مثلا — وان اشتركوا فى هذه العاهة — يختلفون من حيث التفصيلات ، فمن الجائز أن يكون الذراع مبتورا من تحت الكوع أو من فوق الكوع أو فى أى جزء من الذراع ، كما أن البتر من فوق الكوع بجانب ذراع أيسر قوى وساقين متينتين يختلف عن حالة البتر فى نفس المكان ولكن فى صورة جسمية واطار مختلف •

ويترتب على هذه النتائج أيضا أن تأهيل ذوى العاهات لا ينبغى أن يقتصر

---

(١) مختار حمزة ، « تأهيل العجزة وذوى العاهات » فى الكتاب السنوى فى علم النفس ، القاهرة ١٩٥٤ ، ص ١١٩ — ١٥٦ •

على التأهيل المهنى وحده ، دون أن يعمل على تعديل نظرة صاحب العاهة الى نفسه وعلى تعايشه السلمى مع عاهته ومع المجتمع من حوله ·

يقول حمزه : « التأهيل يرمى أول ما يرمى الى استثارة **عاطفة اعتبار الذات** عند العميل بشتى الوسائل ، كما أنه يعمل على أن يساعد العميـل نفسـه بنفسه ما استطاع الى ذلك سبيلا ، وأن يكون له رأى هام فى وضع الخطة لنفسه فى التأهيل ، فما يراه وما يعتقده يجب أن يكون له المكان الأول ، فان الخطة التى يرسمها بنفسه يحترمها وتسعده أكثر من تلك التى يرسمها له أخصائى التأهيل » (١) ·

ويردف : « نقابل أحيانا نوعا من العملاء ممن لا يبدى – فى الظاهر – أى اكتراث بما أصابه ويميل الى الاستهتار بجميع المجهودات التى يستطيع أن يؤديها اليه سائر الاخصائيين ، كتوقيع الكشـف الطبى أو تركيب بعض الأطراف الصناعية أو رسم خطة لمشروع تجارى يناسبه أو البحث عن مكان للتدريب على احدى الصناعات الملائمة أو تشغيله فى مكان يرتزق منه ، أو غير ذلك من الخدمات الهامة · ويقتصر همه كله على الحصول على أكبر مبلغ من المال تسمح به النظم الحـكومية لينفقه فى مشروع وهمى ، ثم يطالب مكاتب الضمان الاجتماعى بمعاشات شهرية ، أى أنه يتكل على غيره ··· وهؤلاء لا يتقبلون فكرة التأهيل الا بعد مجهودات يبذلها الاخصائى النفسى مع كل منهم لكى يبعث فى نفسه **اعتبار الذات** وضرورة التعاون الصادق مع كل من يتقدم لخدمته » ·

التأهيل المهنى لذوى العاهات :

لا يختلف التأهيل المهنى للمعوقين ، من حيث المبدأ ، عن التأهيل المهنى لغيرهم · والمبدأ هو المواءمة بين متطلبات مهنة معينة وخصائص ومميزات فرد من الأفراد · ويقتضى هذا أمرين :

---

(١) مختـار حمزة ، سيكولوجية ذوى العاهات ، مؤسسـة التأهيل المهنى بالقاهرة ، ١٩٥٦ ، ص ٤٤ ·

(أ) تحليل المهن والحرف المختلفة (باستخدام الأساليب الموضوعية فى ذلك) الى المهارات والقدرات المتطلبة فيها ، من حسية وحركية وذهنية ووجدانية واجتماعية .. ويشترك فى القيام بهذا التحليل الفنيون وأخصائيو الصناعات والمهن، كما يشترك فيه أخصائيو القياس النفسى لوضع الاختبارات اللازمة لقياس كل ناحية من النواحى بحسب الأصول المتبعة فى عمل الإختبارات .

(ب) تحليل الفرد المطلوب تأهيله أو توجيهه مهنيا (باستخدام الاختبارات السيكولوجية لقياس الأداء والقدرات والميول والاتجاهات والنواحى المزاجية والانفعالية ، وباستخدام المقابلة والأساليب الأخرى فى الكشف) للتعرف الدقيق على خصائصه النفسية والاجتماعية ، واجراء الفحوص الطبية والمقاييس البدنية للكشف عن قابلياته واستعداداته الجسمية كذلك .

بعد ذلك لا يصبح عسيرا مزاوجة فرد لمهنة أو مزاوجة مهنة لفرد !

وزيادة فى التأكد ، بل ان هذه خطوة واجبة ، يوضع الفرد موقف الاختبار الفعلى أى فى ظروف العمل نفسه لفترة تجريبية ، يعاود بعدها الاخصائيون النظر فى تقريرهم السابق عنه لاستكماله أو تعديله أو تثبيته .

وبالنسبة لذوى العاهات لا يزال المبدأ السابق ساريا وكذلك ما يتفرع عنه من تفصيلات واجراءات تنفيذية ، الا أن الدراسة المستوفاة للشخص المعوق تتطلب اشتراك عدد كبير من الأخصائيين وتداولهم فى الرأى لاستكمال الصورة التى كونها كل منهم عنه من زاويته الخاصة.. من هؤلاء الأخصائيين الطبيب ، والأخصائى النفسى ، وأخصائى التأهيل والأخصائى الاجتماعى وأخصائى الصناعات ، وغيرهم ممن احتكوا بالمعوق فى مركز التأهيل وقاموا بملاحظته لمدة كافية .

وهناك ملاحظة أخرى هامة بالنسبة لكتابة تقرير عن أحد ذوى العاهات ، فالأمر الطبيعى هو أن يلتفت الأخصائى أولا الى ناحية العجز ، بينما أن تقرير

مهنة مناسبة لهذا العاجز يتطلب منه أن يتنبه إلى نقط القوة والى التركيز على ما يستطيعه العاجز أو المعوق قبل التحدث عما لا يستطيعه !! وهناك قوائم خاصة بالمهارات والاستعدادات فى كل ناحية من النواحى التى أعدت بواسطة متخصصين يمكن أن يستخدمها كل واحد من فريق التأهيل ٠٠ ومنها مثلا ما يطالب الطبيب بأ نيوضح ما يستطيعه المعوق بالنسبة الى المهارات الآتية : الوثب ، الجرى ، الانحناء ، الانبطاح ، الاضطجاع ، اللى ، الدفع ، الحمل ، الجلوس الطويل ، كثرة الوقوف ، الخ ٠٠

مصانع تشغيل المعوقين :

تستهدف هذه المصانع ـ التى يوجد منها كما سبقت الاشارة أربعة فى الجمهورية ـ تشغيل المعوقين الذين لا تمكنهم ظروفهم من العمل بالمصانع العادية لسبب عدم قدرتهم صحيا على العمل طوال الساعات المقررة ، أو الذين لا يقبلهم أرباب المصانع لسبب عجزهم أو عدم اجتيازهم درجة اللياقة الطبية المطلوبة ، وبذلك يمكن معاونتهم على أن يصبحوا عمالا منتجين بدلا من أن يكونوا عالة على المجتمع ٠

وهذه المصانع ـ المحمية ـ هى ملجأ الذين لم يسعفهم تطبيق القانون رقم ٩١ لعام ١٩٥٩ (والذى سبقت الاشارة اليه أيضا فى موضع آخر) الذى ينص على تخديم العاجزين الذين تم تأهيلهم لدى أصحاب الأعمال الذين يستخدمون ٥٠ عاملا فأكثر فى حدود ٢٪ من مجموع عدد عمالهم ، كما يتيح لهم التعيين فى الوظائف العامة دون التقيد بشرط اللياقة الطبية ٠

الارشاد النفسى لذوى العاهات :

ان كلا من التأهيل المهنى لذوى العاهات وتشغيلهم أو تخديمهم يعتبر جانبا هاما ـ دون شك ـ من رعايتهم ولكنه لا يمثل بأية حال جميع جوانب هذه الرعاية !

فالمشكلة بالنسبة لصاحب العاهة « ليست مشكلة حادث ترام تسبب عنها بتر الذراعين أو الساقين ، وهى ليست مشكلة فقد عمل ومحاولة الحصول على عمل آخر مناسب ، وانما هى مجموعة من المشاكل اهمها جميعا اتجاه المصاب نحوها ، والصورة التى كونها عن نفسه وعن علاقته بالآخرين ، عن آلامه وآماله ، عن مخاوفه ومشاعره ... » (١)

وهذا يقتضى توفير خدمات الارشاد النفسى بل والعلاج النفسى على أرقى المستويات التخصصية ، وهى مهمة تتطلب ممن يقوم بها أن يقدم أحسن ما يصل اليه فنه ومهارته !

---

(١) مختار حمزة ، تأهيل العجزة وذوى العاهات ، المرجع السابق، ص١٢٢

الفصل الخامس

رعاية الأحداث المنحرفين

الاهتمام برعاية الأحداث المنحرفين والمعرضين للانحراف اهتمام قديم فى مصر . ومن الناحية التشريعية على الأقل ، فقد سنت لهم التشريعات والنصوص القانونية الخاصة ابتداء من سنة ۱۸۸۳ ۰ ومن بين القوانين الاجتماعية الهامة التى صدرت حماية للاحداث فى عهد الثورة ، المرسوم بقانون رقم ۱۱۸ لسنة ۱۹٥۲ الذى يحدد حالات سلب الولاية على النفس ، والقانون رقم ٤۲۷ لسنة ۱۹٥٤ فى شأن منع الأحداث من دخول دور السينما وما يماثلها لمشاهدة البرامج والأفلام المخصصة « للكبار فقط » (۱) .

وقد ظل مفهوم رعاية الأحداث فى مصر ردحا طويلا من الزمن قاصرا على ايداع الأحداث الجانحين فى اصلاحيات خاصة تابعة لمصلحة السجون ، بهدف حماية المجتمع من شرورهم فى المقام الأول ، وتأديبهم وتهذيبهم واصلاحهم فى المقام الأخير ! ۰۰ وأنشئت لهم أول اصلاحية بالاسكندرية فى عام ۱۸۹٤ وقد نقلت بعد ذلك الى الجيزة ، كما أنشئت أول اصلاحية للفتيات المنحرفات فى حلوان فى عام ۱۹۰۱ ونقلت للجيزة أيضا ۰ ثم أنشئت بعد ذلك اصلاحيتان أخريان احداهما بالمرج والأخرى بالقناطر الخيرية ، وقد ألحق بهذه الأخيرة مصنع للغزل ۰

وربما كانت الخطوة الأولى التى نقلت مفهوم رعاية الأحداث من نظام الاصلاحيات الى نظام العلاج فى البيئة الطبيعية ، ما قامت به « الجمعية

---

(۱) يمكن الاطلاع على هذه القوانين والتشريعات فى كتاب :
عبد العزيز فتح الباب ، انحراف الأحداث والوضع الحالى للنظم المتبعة فى علاجهم بمصر ، مطبعة لجنة التأليف والترجمة والنشر ، القاهرة ۱۹٥۷ ۰

المصرية للدراسات الاجتماعية » فى سنة ١٩٤٠ من انشاء أول **مكتب للخدمة الاجتماعية لمحكمة الأحداث** ، وكان بشارع حسن الأكبر بعابدين • وقد ساعد على انشاء هذا المكتب تخرج أول دفعة من الأخصائيين الاجتماعيين فى تلك السنة ، واعترفت وزارة العدل بالمكتب رسميا فى سنة ١٩٤٩ •

وقد سار هذا المكتب على نهج مناقشة الحالات التى تعرض على محكمة الأحداث بالاشتراك ما بين السيد رئيس المحكمة والأخصائى النفسى للمكتب (١) وأخصائييه الاجتماعيين • وكان الحدث يبت فى أمره نتيجة لهذه الدراسة اما بوضعه فى أسرته أو لدى عائل مؤتمن مع الاشراف عليه اجتماعيا أو بايداعه فى الاصلاحية • ولم يكن يرسل الى الاصلاحية عادة الا من يثبت من الدراسة النفسية والاجتماعية لحالته عدم صلاحية بيئته الطبيعية (أسرته) لرعايته ••

وانتشر بعد ذلك أمثال هذا المكتب فى عدد من المدن الكبرى بمصر ، وأصبح يسمى « دار الملاحظة » ، حيث كان الحدث يقيم فى دار الملاحظة فترة من الوقت قبل أن تحين محاكمته • وخلال هذه الفترة تقدم الدار تقريرا نفسيا اجتماعيا عنه ، يضعه قاضى محكمة الأحداث عادة فى المقام الأول من الاعتبار فيما يصدره من حكم •

ولقد تعددت فى مصر جهود الهيئات الأهلية فى حماية الأحداث والفتيات القاصرات •• ولعل من أهم هذه الجهود انشاء مؤسسة « للأمهات غير المتزوجات » بطرة فى عام ١٩٤٧ ، وانشاء مؤسسة « لرعاية الأطفال المشردين » اتبع فيها نظام الأكواخ فى عام ١٩٥٠ وقد تولى انشاءها **الاتحاد المصرى لرعاية الطفولة** • وكذلك قامت **جمعية رعاية الأحداث**

(١) كان الدكتور عبد العزيز القوصى هو الأخصائى النفسى لهذا المكتب وأحد الذين أسهموا فى انشائه •

بالزيتون بانشاء مؤسسة لرعاية عدد من الأحداث المحكوم عليهم ، بعد أن امتلأت الاصلاحيات ولم يعد بها أماكن لاستقبال أحداث جـدد . وقامت **رابطة الاصلاح الاجتماعي** أيضا بانشاء دار سميت « دار التربية الشعبية للبنين » ...

وبطبيعة الحال كانت هناك فروق بين هذه الهيئات الأهلية المختلفة من حيث الجهود التي تمكنت من بذلها في المؤسسات ومن حيث امكاناتها المادية والفنية ، مما دعا الى تنسيق جهود هذه الهيئات واسناد أمر رعاية الأحداث الى جهاز كبير يتم تمويله بمعرفة الدولة وتسند ادارته الى هيئة أهلية موحدة متحررة من الروتين والشكلية (١) .

وبمقتضى القانون رقم ١٩٣ لسنة ١٩٥٤ أنشىء « **الاتحاد العام لرعاية الأحداث** » كهيئة أهلية تشرف عليها وزارة الشئون الاجتماعية . وضم هذا الاتحاد الى عضويته كل الجمعيات الخيرية والهيئات والمؤسسات الاجتماعية التي تقوم بخدمات للأحداث المنحرفين أو المشردين أو المعرضين للتشرد أو الانحراف . ونص قانون الاتحاد على **انشاء دور الملاحظة ومكاتب المراقبة الاجتماعية ودور الضيافة ودور الايداع ، وتطبيق نظام الرعاية اللاحقة على الأحداث عقب خروجهم من منشآت الرعاية المختلفة** .

وبعد عشرة سنوات من قيام هذا الاتحاد ، صدر القانون رقم ٩٨ لسنة ١٩٦٤ بنقل ملكية « الاتحاد العام لرعاية الأحداث » الى الدولة واتباعه لوزارة الشئون الاجتماعية . وبمقتضى هذا القانون عين بوزارة الشئون الاجتماعية الموظفون القائمون بالعمل في الاتحاد والوحدات والمؤسسات التابعة له .

وعند مثول هذا الكتاب للطبع ، **نشرت جريدة الأهرام بتاريخ ١٩٦٩/١١/١**

(١) أسبوع الأحداث الثالث من ١٩٦٤/٣/٣١ الى ١٩٦٤/٤/٦ ، العلاقات العامة بوزارة الشئون الاجتماعية ، القاهرة .

الخبر التالى عن تشريع جديد لرعاية الأحداث ، فى طريقـه للعرض على مجلس الأمة :

يعرض على مجلس الأمة فى دورته القادمة مشروع قـانون يقضى برعاية الأحداث المنحرفين أو المعرضين للانحراف على أساس أنهم ضحايا ظـروف خارجة عن ارادتهم ، وان الحدث ليس مجرما بطبيعته ، بل هـو مريض يستحق العلاج ، ولا سبيل الى معاقبته بدنيا أو بالسجن حتى يبلغ الثامنة عشرة من عمره ..

ويقضى المشروع الجديد بانشاء محكمة للاحداث فى كل محافظة يتبعهـا مكتب للخدمة الاجتماعية ، ويكون مندوب وزارة الشئون الاجتماعية عضوا فيها ، وتعقد جلساتها « مغلقة » ، ويجوز اعفاء الاحداث من حضور المحاكمة كما يجوز للقاضى أن يجعل الجلسات علنية وينطق فيها بالاحكام اذا تحققت مصلحة الاحداث فى ذلك .

كما يقضى التشريع بانشاء نظام خاص للمحاكمة ، يكون القاضى فيه بمثابة الوالد الذى يرعى أولاده ، وتخصص دائرة استئنافية بكل محافظة تستأنف أمامها الاحكام الصادرة على الاحداث ، وهى : التوبيخ ، الاختبار القضائى ، الالزام بأداء واجبات معينة التسليم لوالديه أو ولى أمره ، الالزام بالتدريب المهنى ، الايداع فى دار للتربية أو معهد للتأهيل أو مأوى علاجى .

وكفل المشروع للقاضى المتخصص حق مراقبة الحدث اثناء معيشته مـع والديه أو فى كنف الغير ، عن طريق مراقب بالتدريب المهنى فى أحد المصانع أو المزارع أو المتاجر ، تحت اشراف القاضى ، الذى يمتد الى الحدث فى معهد التأهيل أو المأوى العلاجى .

ويشجع المشروع الجديد انشاء دور تربية لتخفيف الضغط على الدور

الحكومية ، مع ملاحظة الفصل بين الاحداث المنحرفين والمعرضين للانحراف .

وصرح السيد حافظ بدوى وزير الشئون الاجتماعية ، بأن المشروع الجديد يساير أحدث النظم الاجتماعية فى العالم ، وتوفرت على اعداده لجنة فنية من وزارات العدل والداخلية ووزارة الشئون الاجتماعية ، وقد رأت هذه اللجنة عدم اخضاع هؤلاء الاحداث لاحكام قوانين العقوبات والاجراءات الجنائية .

أعمال الاتحاد العام لرعاية الأحداث :

ومنذ انشاء الاتحاد العام لرعاية الأحداث فى سنة ١٩٥٤ ، قام هذا الاتحاد بنشاط واسع على جبهتين عريضتين ، احداهما لتدعيم الجهود والمؤسسات القائمة والأخرى للخطط الانشائية .

وكان من بين أعماله على الجبهة الأولى ، منح الاعانات التدعيمية المالية للمؤسسات العاملة فى رعاية الأحداث وحماية المرأة والطفل . وامتد هذا الدعم الى المؤسسات الوقائية مثل « مؤسسات شغل أوقات الفراغ » . كما اتخذ الدعم أيضا صورة اعانة فنية منحها الاتحاد للمؤسسات على هيئة مرتبات للاخصائيين الاجتماعيين بها ، حتى لا تتوانى هذه المؤسسات عن تعيين أخصائيين مؤهلين تأهيلا عاليا .. كذلك قام الاتحاد باعداد البرامج التدريبية الفنية للمشتغلين برعاية الأحداث فى المنشآت المختلفة ، بغرض تزويدهم باحتياجات العمل فى هذا الميدان من خبرات ودراسات فنية وادارية، واطلاعهم على أحدث النظم والتطورات فيه . كما عمل الاتحاد أيضا على استصدار القرارات الخاصة بانشاء مكاتب شرطة خاصة للأحداث بدلا من الشرطة العادية ، وأنشىء أول مكتبين من هذا القبيل فى عام ١٩٦٢ بالقاهرة والاسكندرية وتوالى بعد ذلك انشاء مكاتب مماثلة فى محافظات أخرى (١) .

---

(١) أسبوع الأحداث الثالث ، المرجع السابق .

أما الخطط الانشائية للاتحاد فقد اشتملت على ما يلى :

١ ـ انشاء الوحدات الاجتماعية الشاملة لرعاية الأحداث .

٢ ـ انشاء مؤسسات الايداع ذات الباب المفتوح .

٣ ـ نظام الرعاية البديلة .

٤ ـ انشاء مؤسسات لرعاية الفتيات القاصرات .

(فضلا عن انشاء مؤسسات لضعاف العقـــول أسميت بدور التثقيف الفكرى ، ، وقد سبق الحديث عنها فى الفصل السابق) .

الوحدة الاجتماعية الشاملة لرعاية الأحداث :

تقدم هذه الوحدة خدمات شاملة علاجية ووقائية ، وتخدم عددا يتراوح بين ١٠٠٠ ، ١٥٠٠ حدث سنويا . وهى مزودة بعيادة طبية نفســـية ، فضلا عن مركز للاستقبال ودار للملاحظة ومكتب للمراقبة الاجتماعية ودار للضيافة .

١ ـ مركز الاستقبال :

قصد بهذا المركز أن يحل محل أقسام الشرطة فيما يتعلق بالأعمـــال الخاصة بالحجز والحفظ . ويستقبل المركز أربع فئات من الأحداث هى :

(ا) الأحداث الذين يتم القبض عليهم لارتكاب جريمة أو بسبب التشرد

(ب) الأحداث المحالون من الهيئات المختلفة لتعرضهم للانحـــراف أو التشرد .

(حـ) الأحداث الذين يحضرهم ذووهم ، كما فى حالات المروق .

(د) الأحداث الذين يحضرون الى المركز من تلقاء أنفسهم ، طلبا للحماية من زوج الأم أو زوجة الأب أو رفاق السوء ، الى غير ذلك .

هذا ويستقبل المركز ١٠ - ٢٠ حدثا يوميا ، حيث يقيم الحدث به أياما معدودة تتم خلالها اجراءات البحث الاجتماعى له ولأسرته ، توطئة للتصرف فى حالته ٠

وبالنسبة للفئات الثلاث الأخيرة من فئات الأحداث المشار اليها ، فان المركز بعد عمل البحث الميدانى يتخذ بالنسبة لهم أحد اجراءات ثلاثة :

- اعادة الحدث الى البيئة الطبيعية وحفظ الحالة ٠

- اعادة الحدث الى البيئة الطبيعية وأخطار مكتب المراقبة الاجتماعية للقيام ببحث اجتماعى تفصيلى وتقديم الخدمات للحدث وذويه ٠

- اقتراح ايداع الحدث دار الضيافة أو مع أسرة بديلة واخطار مكتب المراقبة الاجتماعية بذلك للبحث والتتبع ٠

أما بالنسبة للفئة الأولى من الأحداث ، فاذا كان الحدث المقبوض عليه قد تم التحقيق معه فى القسم وتقرر تحويله للنيابة فان مركز الاستقبال يقوم بهذه المهمة بعد تضمين أوراق التحقيق البحث الاجتماعى المبدئى ، واذا كان قد حول الى المركز بعد التحقيق معه بمعرفة النيابة فاما أن يكون ذلك بقصد حجزه على ذمة المحاكمة فيحول فورا بعد عمل البحث الاجتماعى المبدئى الى دار الملاحظة وتحول صورة من هذا البحث الى مكتب المراقبة الاجتماعية لاتخاذ اللازم ، واما أن يكون قد حول الى مركز الاستقبال بقصد الافراج عنه (١) ٠

٢ - دار الملاحظة :

تعتبر هذه الدار بمثابة مكان يحجز فيه الأحداث على ذمة المحاكمة والتحقيقات ، وذلك بدلا من ايداعهم السجون وأقسام الشرطة حيث يختلطون

---

(١) أسبوع الأحداث الثالث ، المرجع السابق ٠

بكبار المجرمين • وتتسع الدار لخمسين حدثا فى المتوسط ، يقيمون بها حتى يتم الفصل فى أمرهم •• وفى العادة تصل هذه الاقامة الى شهر ، وهو مدة كافية لاجراء جميع البحوث الاجتماعية والطبية والنفسية على الحدث •

ولا يقتصر عمل دار الملاحظة على ملاحظة سلوك الحدث وكتابة التقارير عنه ، بل يتخطى ذلك الى تدريب الحدث على تعديل سلوكه واتجاهاته نحو نفسه ونحو الجماعة والمجتمع ، من خلال برامج الرعاية المختلفة الصحية والنفسية والثقافية والترويحية •

٣ - مكتب المراقبة الاجتماعية :

يقوم هذا المكتب بالبحث الاجتماعى الشامل توطئة لاعداد التقرير المفصل الذى يرفع عن الحدث الى المحكمة •

ويقوم كذلك بالتوجيه والاشراف اذا وافقت المحكمة على تسليم الحدث لذويه أو الى عائل مؤتمن • ويستمر هذا الاشراف والتوجيه فى البيئة الطبيعية للحدث حتى يتحقق له التكيف مع بيئته وتزول العوائق التى تحول دون استقراره فيها ودون أن يصبح مواطنا صالحا • ولا تقل مدة الاشراف عن سنة كاملة ، كما يقوم المكتب بخدمة نحو من ٦٠٠ حالة خارج الوحدة الاجتماعية على مدار السنة •

٤ - دار الضيافة :

تأوى هذه الدار أحداثا مشردين أو منحرفين من بين الحالات الواردة من المحكمة التى يوصى مكتب المراقبة الاجتماعية بايداعها دار الضيافة ، كما تأوى أيضا أحداثا معرضين للانحراف أو التشرد من الحالات الواردة عن طريق التطوع أو عن طريق الهيئات والأفراد بعد تقرير صلاحيتهم للالتحاق بالدار •

وتعتبر دار الضيافة محطة انتقال اما الى البيئة الطبيعية للطفل اذا صلح

أمرها أو الى مؤسسة ايداع داخلية عن طريق حكم من المحكمة اذا تبين لها عدم صلاحية البيئة الطبيعية ٠

وفى دار الضيافة يعمل الحدث أو يذهب الى المدرسة نهارا ويعود الى الدار للاقامة بها ليلا ٠ وتستوعب الدار ٥٠ حدثا سنويا ، ويساهم نزلاؤها فى نفقات اقامتهم حتى لا يشعروا بأنهم عالة عليها !

مؤسسة الايداع المفتوحة :

أنشأ « الاتحاد العام لرعاية الأحداث » مؤسسات ايداع جديدة تخالف نظام المؤسسة المغلقة الذى كان سائدا من قبل ، خشية هروب الأحداث من المؤسسة ٠

وتعتمد المؤسسة المفتوحة على خلق جو عاطفى وأسرى بالمؤسسة وربط الحدث بالمجتمع الخارجى الذى سوف يعود اليه واستعادة ثقته بهذا المجتمع ٠

ويعمل بالمؤسسة فريق من الفنيين ، منهم الأخصائيون الاجتماعيون والأخصائيون النفسيون والأطباء والمشرفون الرياضيون ٠ ويوجه الأحداث فى المؤسسة توجيها مهنيا يتناسب مع ميولهم واستعداداتهم ، فضلا عن البرامج الاجتماعية والثقافية والرياضية ٠

ويسير العمل بالمؤسسة على نظام الأسر وتولى الأحداث أمور أنفسهم قدر الامكان ، لتعويدهم الاعتماد على النفس وتحمل المسئولية ٠

الرعاية البديلة :

دخلت تجربة الأسر البديلة دور التنفيذ فى عام ١٩٥٧ بخمسين حالة تم اختيارها بعد البحث الاجتماعى من بين مئات الطلبات التى تقدمت بها الأسر استجابة للاعلان عن المشروع فى الصحف ٠

وكان الأطفال الخمسون قبل ايداعهم فى الأسر الجديدة قد عهد بهم الى مراضع ومربيات يقمن بهذه الرعاية نظير الانتفاع المـــادى تحت اشراف من **مستشفيات الجامعة أو وزارة الصحة** •

وقد استمرت تجربة الأسر البديلة لمدة أربع سنوات قبـــل الحكم على نجاحها ، وكان يقوم بتوجيه الأسر خلال هذه الفترة أخصائيات حاصلات على مؤهلات عالية • وقد ألحق من الأطفال بالمدارس ٣٧ طفلا وثبت نسب ٢٣ طفلا منهم للأسر •

وبعد نجاح هذه التجربة الرائدة ، رصد الاتحاد فى السنة المالية ١٩٦٢/٦١ مبلغا من المال لرعاية ٢٠٠ طفلا جديدا ، كما حولت وزارة الصحة ومستشفيات جامعة القاهرة اليه الحالات التى كانت تتولى الاشراف عليها ، فأصبح الاتحاد مسئولا عن رعاية حوالى ١٢٠٠ طفلا رعاية بديلة •

وفى العام ١٩٦٧/٦٦ بلغ عدد حالات الرعاية البديلة ١٧٥٥ حالة ، منها ٩٠٩ من الذكور و ٨٤٦ من الاناث • (١)

رعاية الفتيات القاصرات :

أنشأ « الاتحاد العام لرعاية الأحداث » مؤسسة الرعاية الاجتماعيــــة للفتيات بالزيتون فى عام ١٩٦٣ ، كما أنشئت بعد ذلك مؤسستان أخريان لنفس الغرض ببورسعيد والاسكندرية • وتقوم هـــذه المؤسسات على رعاية الفئات الآتية من الفتيات اللائى لم يبلغن سن الثامنة عشرة :

(ا) المشردات المحكوم بايداعهن طبقا لقانون الأحداث المشردين رقم ١٢٤ لسنة ١٩٤٩ اذا كان لتشردهن علاقة بالدعارة •

(ب) المجنى عليهن فى جرائم الدعارة ممن يرى القضاء المحافظة عليهن فى احدى المؤسسات •

---

(١) الكتاب السنوى للاحصاءات الاجتماعية ، يناير ١٩٦٨ ، مرجع سابق •

(حـ) المعرضات للانحراف الجنسى من غير المحكوم عليهن ٠

(د) المحكوم بطلب ولاية آبائهن أو أولياء أمورهن ٠

وترعى المؤسسة هؤلاء الفتيات من النواحى الاجتماعية والصحية والنفسية والدينية والمهنية حتى يصبحن مواطنات صالحات ٠٠ وبالمؤسسة فصل لمحو الأمية ومشغل لتعليم الفتيات الحياكة والأشغال اليدوية وأصول التـدبير المنزلى ، كما تهتم المؤسسة بالعمل على تقوية شخصية الفتيات واعتمادهن على أنفسهن ٠

مؤسسات الأحداث فى ج٠ع٠م :

(أولا) مؤسسات المعرضين للانحراف :

بلغ عدد هذه المؤسسات فى آخر احصاء عام (١٩٦٧/٦٦)١٦٧مؤسسة(١) موزعة على أغلب المحافظات ٠ وكان عدد المودعين بها ١٠٨٣٠ حدثا بتاريخ ١٩٦٧/٦/٣٠ ومن هؤلاء ٤٨٧٠ حدثا بالقاهرة وحدها تضمهم ٦٧ مؤسسة و ٨٣١ حدثا بالاسكندرية تضمهم ١٤ مؤسسة ٠٠

أما عن الحالات التى أودعت المؤسسات خلال العام ١٩٦٧/٦٦ فهى موزعة بحسب سبب الايداع على الوجه الآتى : (٢)

١١٨٦ لسبب اليتم

٤٩٠ لسبب سوء الحالة الاقتصادية

٢١٦ لسبب طلاق الأبوين

١٩٩ لسبب مرض العائل

---

(١) الكتاب السنوى للاحصاءات الاجتماعية ، يناير ١٩٦٨ ، مرجع سابق ٠

(٢) مفكرة الاحصاءات الاجتماعية ، ادارة الاحصاءات الاجتماعيـة بوزارة الشئون الاجتماعية القاهرة ، نوفمبر ١٩٦٧ ٠٠

١٤ لأن الطفل مجهول الأبوين

٧٥ لأسباب أخرى

(ثانيا) مؤسسات الجانحين :

بلغ عدد هذه المؤسسات ٢٢ مؤسسة فى ١٩٦٧/٦/٣٠ (منها ١١ مؤسسة بالقاهرة ومؤسستين بالجيزة) بعضها شامل لمراكز الاستقبال ودور الملاحظة ومكاتب المراقبة الاجتماعية ودور الضيافة والايداع ، وبعضها الآخر يقتصر على بعض هذه الأقسام فقط

١ ـ مراكز الاستقبال :

بلغ عدد هذه المراكز فى ١٩٦٧/٦/٣٠ سبعة مراكز فى الجمهورية ، منها ثلاثة مراكز بالقاهرة ومركزان بالجيزة ومركز بالدقهلية وآخر بالشرقية. وقد ألحقت بالمراكز السبعة خلال عام ١٩٦٧/٦٦ عدد ١٤٥٦ حالة ، منهـا ١٢٩ حالة بمحافظة القاهرة و ٨٩٥ حالة بالجيزة .

٢ ـ دور الملاحظة :

بلغ عددها عشر دور منها أربع بالقاهرة واثنتـان بالجيزة ، ألحقت بها جميعا خلال السنة المذكورة ٢٥٣٢ حالة ، منها ١٩٤٧ حالة بالقـاهرة و ٤٩٨ حالة بالجيزة .

٣ ـ مكاتب المراقبة الاجتماعية :

بلغ عددها عشرة مكاتب منها ثلاثة بالقاهرة واثنان بالجيزة ، وردت لها خلال السنة ٢٢٤٦ حالة ، منها ١٥٩٩ حالة بالقاهرة و ٢٥١ بالجيزة .

٤ ـ دور الضيافة والايداع :

بلغ عددها ٢٢ دارا ، منها ١١ دارا بالقاهرة وداران بالجيزة ، ألحقت بها خلال السنة ٤٨٠١ حالة ، منها ٣١١٧ بالقاهرة و ١٠١٦ بالجيزة .

ومن الملاحظات التى تستلفت النظر فى الاحصاءات السابقة استئثار محافظة القاهرة بالأرقام الكبرى للأحداث **الجانحين** ، وخاصة لو أضفنا اليها أرقام محافظة الجيزة .. وهذا يتمشى مع وجهة نظر علماء الاجتماع فى أن **جناح الأحداث هو ظاهرة حضرية تتفشى فى المدن الكبرى والمناطق المكتظة بالسكان والبيئات الصناعية** .. هذا ، ولا تتناسب أرقام الاسكندرية أو أية محافظة أخرى (والتى لم نوردها فى البيان السابق) على الاطلاق مع أرقام أى من القاهرة أو الجيزة .

(ثالثا) : مؤسسات الفتيات القاصرات :

عدد هذه المؤسسات فى آخر احصاء (١٩٦٧/٦٦) ثلاثة تتمركز فى القاهرة ، التحق بها الآتى بيانهن :

١٠ فتيات معتدى عليهن موجودات بتاريخ ١٩٦٧/٦/٣٠ ؟ ٦ غادرن المؤسسة خلال العام .

٦٣ فتاة معرضة للانحراف الجنسى موجودات بتاريخ ١٩٦٧/٦/٣٠ ؟ ٣٠ غادرن المؤسسة خلال العام .

٥١ فتاة موجودات لأسباب أخرى بتاريخ ١٩٦٧/٦/٣٠ ؟ ٤٧ غادرن المؤسسة خلال العام .

١٢٤ مجموع الفتيات القاصرات بالمؤسسات فى ١٩٦٧/٦/٣٠ ؟ ٨٣ مجموع من غادرن خلال العام .

الوضع النهائى لمؤسسات الأحداث فى عام ١٩٦٩ :

محافظة القاهرة :

تشتمل على المؤسسات الآتية :

١ - المركز النموذجى للرعاية الاجتماعية بمصر القديمة (بنين) :

ويشمل :

(ا) وحدة مصر القديمة .
(ب) مؤسسة ايداع (بيت الطفل)
(جـ) قسم البحوث .
(د) مركز تدريب العاملين .

٢ - وحدات اجتماعية شاملة :

(ا) الوحدة الاجتماعية الشاملة لرعاية الأحداث بالقبة (بنين)

(ب) وحدة الامام محمد عبده لرعاية الأحداث بعين شمس (بنين)

(ح) الوحدة الاجتماعية الشاملة للفتيات بالقبة (بنات)

٣ - المؤسسات الايداعية :

(ا) مؤسسة الرعاية الاجتماعية بالمرج - لرعاية الأطفال اللقطاء .

(ب) مؤسسة عين شمس - مخصصة للحالات الصعبة (بنين)

(ح) دار التربية الشعبية بمصر القديمة - مخصصة لمتكررى الهروب (بنين)

(د) مؤسسة الرعاية الاجتماعية للفتيات القاصرات بالزيتون (بنات)

(هـ) مؤسسة الحرية لرعاية الأطفال المعرضين للانحراف (بنين)

٤ - مؤسسات ضعاف العقول :

(ا) مؤسسة التثقيف الفكرى بحدائق القبة سن ١٢ - ١٨ (بنين)

(ب) مؤسسة التثقيف الفكرى بكوبرى القبة سن ٧ - ١٢ (بنين)

(ح) دار التثقيف الفكرى بحلوان (بنات)

٥ - وحدات غير شاملة :

(ا) مكتب الخدمة الاجتماعية ودار الملاحظة بعابدين (بنين)

(ب) مكتب الخدمة الاجتماعية ودار الضيافة بالعباسية (بنين)

محافظة الجيزة :

تشتمل على المؤسسات الآتية :

١ ـ دور التربية بالجيزة :

وتشمل :

(ا) مؤسسة ايداع (بنين)

(ب) وحدة اجتماعية شاملة (بنين)

(حـ) دار التثقيف الفكرى للأحداث المنحرفين (بنين)

٢ ـ مركز التصنيف والتوجيه لرعاية الأحداث (بنين)

٣ ـ مؤسسة رعاية الفتيات بالعجوزة (بنات)

محافظة الاسكندرية :

تشتمل على المؤسسات الآتية :

(١) وحدات اجتماعية شاملة :

(ا) وحدة اجتماعية شاملة لرعاية الأحداث بمحرم بك (بنين)

(ب) وحدة اجتماعية شاملة لرعاية الأحداث بمنشية محرم بك الجديدة (بنين)

(حـ) وحدة اجتماعية شاملة للفتيات

٢ ـ مؤسسة ايداعية (بنين)

محافظة البحيرة :

وحدة رعاية الأحداث بصفط خالد – ايتاى البارود (بنين)

محافظة الاسماعيلية :

وحدةاجتماعية شاملة لرعاية الأحداث بالاسماعيلية (بنين)

محافظة الشرقية :

وحدة رعاية الأحداث بالزقازيق (بنين)

محافظة الدقهلية :

وحدة اجتماعية شاملة لرعاية الأحداث بنبروه (بنين)

محافظة المنوفية :

وحدة رعاية الأحداث بقويسنا (بنين)

محافظة المنيا :

وحدة اجتماعية شاملة لرعاية الأحداث بالمنيا (بنين)

محافظة سوهاج :

وحدة رعاية الأحداث بسوهاج (بنين)

ويلاحظ فى البيان السابق عن المؤسسات أن أغلبها مؤسسات للبنين ، وليس هذا تحيزا للجنس وانما هو تعبير عن الواقع الاجتماعى فى مجال الجناح والذى يدل على أن **الغالبية العظمى للجانحين هم من جنس الذكور** ٠

نوعية الرعاية فى المؤسسات :

لا يمكن أن يقال عن مؤسسات الأحداث فى ج٠ع٠م انها قليلة العدد وان كان هذا العدد قابلا للزيادة والتوسع ، ولا يمكن كذلك أن تتهم المؤسسات – فيما عدا قلة منها – بالقصور فى النواحى الفنية أو المادية ٠٠ فالواقع أن ميدان الأحداث المنحرفين والمشردين والمعرضين للتشرد والانحراف قد نال من المسئولين اهتماما كبيرا جدا ، كما دعم – أكثر من أى ميدان آخر من ميادين الدفاع الاجتماعى – بالأموال وجهود الأخصائيين الاجتماعيين ، منذ وقت غير قصير ٠

ولكن الذى يمكن أن يقال رغم ذلك ، ان نجاح مؤسساتنا المختلفة ليس متساويا فى الدرجة ، وأن بعض هذه المؤسسات قد نجح نجاحا كبيرا وبعضها الآخر قد فشل فشلا ذريعا رغم توافر امكانات مادية وفنية متساوية تقريبا !

وهنا نتساءل : ما هو الفرق بين مؤسسة ناجحة وأخرى فاشلة ٠٠ واجابتنا عن هذا التساؤل **ان الفرق الأساسى بين المؤسستين يكمن فى جو العلاقات الانسانية الذى يسود المؤسسة ونوعية الرعاية القائمة فيها ، والتى يتوقف عليها احساس الحدث بتقبل المشرفين له واحساسه بالانتماء الى مجتمع المؤسسة مما يمهد بالتالى لعملية « تأنيسه » وتطبيعه الاجتماعى** ، أو افتقاره الى هذه الأحاسيس مما يؤدى الى محاولته الهرب من المؤسسة فى أول فرصة ممكنة والعودة الى « عصابته » التى كانت توفر له « التقبل » و « الأمن » واشباع جوعه الى « الانتماء » !

ان أبناء المؤسسات من الأحداث والفتيات القاصرات (كما تبين من الدراسات النفسية العديدة التى أجريت عليهم فى عديد من البلاد وفى قمتها دراسة جون بولبى الشهيرة (١)) هم جوعى الى شىء آخر غير الخبز ! **فهم جوعى الى الحب والحنو الوالدى والى الدفء العاطفى الأسرى ، وهم أفراد لم يتوافر لهم أن يشبعوا بصورة طبيعية كل أو بعض حاجاتهم النفسية الأساسية الى الاستجابة العاطفية ، والى القبول ، والى التقدير والمكانة ، والى المغامرة واكتساب خبرات جديدة ، والى الانتماء والصداقة البريئة ، والى تحمل المسئولية والاحساس بأهميتهم للغير ٠٠٠ فشعروا نتيجة ذلك كله بالقلق واهتزاز أمنهم النفسى** ٠ ونظرا لعجز أسرهم عن اشباع هذه الحاجات لديهم ، فقد رحبوا بأول فرصة لاشباع هذه الحاجات عن طريق عصابة أو

---

(١) جون بولبى (ترجمة السيد محمد خيرى وآخرين) رعاية الطفل وتطور الحب ، دار المعارف ، القاهرة ١٩٥٩ ٠

مجتمع يجمعهم مع أمثالهم من أصحاب الحاجات النفسية المحبطـــــة .. ونظرا لما ظنوه - وليس ذلك بالظن الخاطىء على طول الخط - من مبـــادأة المجتمع لهم بالعداء ، فقد بادلوه عداء بعداء واعتداء .. وواحدة بواحـــدة والبادىء أظلم !!

هذا جانب من سيكولوجية الحدث المنحرف والمعرض للانحراف ينبغى أن يعيه جيدا كل من أراد أن يعمل بمؤسسات هؤلاء الأحداث . ويتطلب ذلك ممن يعملون بهذه المؤسسات أن يكونوا من المتبنين حقا لفلسفة انسانية ، ومن المؤمنين بمرونة الطبيعة البشرية وبقدرة الأحداث على تعـــديل اتجاهاتهم وقابليتهم للتعلم .. وأن يكونوا من القادرين على بذل الحب والحنان غـــير مشروطين ، وعلى تقبل الأحداث تقبلا حقيقيا رغم سوءاتهم ونقائصهم !

وثمة توجيه لابد من أن نلفت اليه أنظار القائمين على المؤسسات ، وهذا التوجيه هو نتيجة لما تمخضت عنه بصفة خاصة احدى دراسات بولبى والتى أوضحت أن نمو الطفل فى بيئته الطبيعية (أسرته الأصلية) يفوق نموه فى أسرة بديلة ، وأن النمو فى أسرة بديلة يفوق بدوره النمو فى المؤسسات ، لا من حيث الاعتبارات الوجدانية والاجتماعية والعقلية فحسب ، بل - وهو العجيب الغريب - من حيث النمو الجسمى كذلك !! وكأن الحب هـــو عنصر أساسى لا يقل عن الغذاء ، حتى فى تأثيره على النمو الجسمى !

نقول ان هذه الدراسة وأمثالها من الدراسات التى تشـــابهت نتائجها ، قد أدت الى اجراء تعديلات جوهرية فى نظام كثير من المؤسسات بالخارج . فأصبحت المؤسسات تخصص مشرفة لعدد محدود من الأحداث يزيد قليلا عن عدد أفراد الأسرة الطبيعية رغبة فى تحقيق علاقة وثيقة بين الحدث والمشرفة . وأصبحت المشرفة مستديمة لا تتبدل بين حين وآخر تدعيما لهذه العلاقـــــة الوثيقة .. كما يقسم أبناء بعض المؤسسات الى أسر لا على أساس الاتفاق فى أعمارهم ، وانما على أساس أنهم يصلحون لأن يكونوا اخوة وأخوات فى داخل كل أسرة من الأسر .

ويقص علينا الدكتور عثمان فراج فى تقرير له عن زيارة **لمدينة الشباب بقلدة هورن** بمقاطعة لمبرج **بهولندا** (١) ، أنهم قسموا هذه المدينة التى تقوم على ٩٠ فدانا الى ١٦ أسرة ، يتراوح عدد أفراد كل أسرة منها بين ١٢ ، ١٥ طفلا . وتعيش كل أسرة فى منزل مستقل بهذه المدينة ، يختلف فى حجمه وشكله الخارجى وتصميمه من الداخل ونوع الأثاث ووسائل التسلية عن المنازل الأخرى ..وتعيش كل أسرة فى منزلها حياة مستقلة تماما عن حياة الأسر الأخرى ، ولا يربطها بها الا رابطة الجيرة والصداقة المشتركة بين أفراد الأسر المتجاورة ، واشتراكهم فى النوادى العامة والملاعب والنشاط الرياضى والاجتماعى العام بالمدينة وخارجها .. كما يراعى أن تضم الأسرة الواحدة أطفالا من أعمار مختلفة ، حتى تقترب قدر الامكان من شكل الأسرة الطبيعية !

وهذا النموذج يتكرر فى كثير من المؤسسات فى الخارج فى صورة أو أخرى.

العوامل الاجتماعية والنفسية فى جناح الأحداث فى الدراسات المصرية :

أجريت فى ج.ع.م دراسات عديدة على الأحداث الجانحين ، استخدمت أدوات وأساليب مختلفة ، وأوضحت جوانب كثيرة من مشكلتهم ومن العوامل المؤثرة فيها . وفيما يلى عرض موجز لأهم هذه الدراسات ونتائجها :

١ ـ فى دراسة عن « الأسر المتصدعة وصلتها بجناح الأحداث (٢) » أجراها **المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية** على ٥٨٩ حدثا ممن اتهموا

---

(١) عثمان لبيب فراج ، تقرير مرفوع الى جامعة عين شمس عن المهمة العلمية لزيارة هولندا وألمانيا الغربية ، ١٩٦٣ . (غير منشور)

(٢) سيد عويس ، دراسة عن الأسر المتصدعة وصلتها بجناح الأحداث ، تقرير فرعى مقدم الى الحلقة الاولى لمكافحة الجريمة ، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، القاهرة ١٩٦١ .

فى جرائم سرقة وأحيلوا الى النيابة ما بين عامى ١٩٥٧ و ١٩٥٨ ، اتضح من الدراسة **أن أسر الجانحين لا تؤدى وظائفها الحيوية لأبنائها وبناتها ولا تقوم بواجباتها نحوهم** ، وأن هذه الأسر هى أسر متصدعة بمعنى التصدع النفسى أو الاجتماعى ، أى أنها أسر غير سوية لا يتوافرلها الاستقراروالاطمئنان النفسى للأطفال .

٢ ـ وفى دراسة أخرى قامت بها **وحدة بحوث الجريمة والأحداث بالمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية** (استجابة لطلب قسم الدفاع الاجتماعى بهيئة الأمم المتحدة) عن « حجم مشكلة جناح الأحداث واتجاهاتها وعواملها فى ج.ع.م » (١) وتناولت هذه المشكلة خلال المدة ١٩٥٨ ــ ١٩٦٣، اتضحت نتائج كثيرة هامة من بينها ما يلى :

(ا) أن حالات التشرد تشكل حوالى نصف جميع حالات الجنح ، يليها الضرب ثم السرقة .. وأن أرقام الجنايات ضئيلة نسبيا اذا قورنت بأرقام الجنح أو المخالفات ، ولا تعدو ١٦٦ جناية فى عام ١٩٦٣ ، ١٨٣ جناية فى عام ١٩٦٢ مثلا فى الجمهورية كلها ، أبرزها جنايات المخدرات ثم احراز السلاح ثم الضرب الذى نشأت عنه عاهة .

ب ــ خلال الفترة ١٩٥٨ ــ ١٩٦٢ **كان نصيب محافظات القاهرة والاسكندرية والسويس وبور سعيد والاسماعيلية (وهى التى تمثل الرقعة الحضرية فى الجمهورية) ٧٣٪ من جميع حالات جناح الأحداث** ، كما كان نصيب هذه المحافظات ٤٢٪ من مجموع الجنايات ، ٧٢٪ من مجموع الجنح ، ٨٣ ٪ من مجموع المخالفات .. **أما نصيب محافظة القاهرة وحدها من حجم مشكلة الجناح فى ج. ع. م فقد كان ٥٤٫٤٪ .**

---

(١) سيد عويس ، حجم مشكلة جناح الأحداث واتجاهاتها وعواملها فى الجمهورية العربية المتحدة ، فى المجلة الجنائية القومية ، يوليو ١٩٦٥ ، ص ١٧٨ ــ ٢٢٥ .

وتميل أرقام المحافظات المذكورة خلال عام ١٩٦٣ الى الانخفاض بعض الشيء عن أرقام الاعوا م السابقة ، ويعزى ذلك في رأى القائمين بالبحث الى امتداد الرقعة الحضرية في مجتمع الجمهورية العربية المتحدة الى مناطق أخرى مثل الدقهلية وأسوان - **أن أى النتائج المستخلصة من دراسة الأرقام تشير الى أن مشكلة جناح الأحداث هي مشكلة حضرية ، وأن الاهتمام بها على مستوى التدابير الوقائية والتدابير العلاجية يجب أن يوجه الى الرقعة الحضرية من المجتمع .**

أما عن العوامل المتسببة في جناح الأحداث ، فقد اتضحت خلال هذه الدراسة نتائج عدة وهى تتعلق بالمتشردين وجامعى أعقب السجاير ومرتكبى السرقات وهم الـــذين اقتصرت عليهم الدراســـة الخاصة بتقصى عوامل الجناح (١) . ومن أهم هذه النتائج ما يلى :

١ - كانت الغالبية الساحقة للأحداث المتشردين وجامعى أعقاب السجائر من **الذكور** ، وأغلبهم تتراوح أعمارهم بين ١٠ ، ١٥ سنة .

٢ - يغلب على جامعى الأعقاب تكوين علاقاتهم الثابتة فى شلل صغيرة ، هى القنطرة التى يعبر عليها الحدث المشرد الى عصابات جامعى الأعقاب . ويسود فى هذه العصابات نوع من الثقافة الخاصة الذى يختلف فى اطاره القيمى عن الاطار القيمى فى المجتمع الخارجى .. ويعتمد تكوين العصـــابة على رؤساء (معلمين) ثم شبان بالغين كوسطاء بينهم وبين قاعدة العصابة وهم الأحداث المشردون جامعو الأعقاب الذين يكونون فيما بينهم شللا فرعية فى

---

(١) تنبنى نتائج الدراسة الخاصة بالمتشردين وجامعى الأعقاب على بحث : صلاح عبد المتعال ، أثر العوامل الاجتماعية فى تشرد الأحداث ، مع دراسة تطبيقية على فئة جامعى أعقاب السجاير فى مدينة القاهرة ، رسالة للحصول على الماجستير فى الآداب من جامعة القاهرة ، ١٩٦٤ . (غير منشورة) .

داخل العصابة ذاتها ٠ ويتم تقسيم العمل فيما بينهم على أساس التدرج الوظيفي لكل منهم !

وبالنسبة للسرقة ، فقد ثبت أيضا أن أكثر الظروف المشددة شيوعا هي ارتكاب جرائم السرقة مع آخرين وفي أماكن مسكونة ، مما يبرز عامل **الرفاق** أو الصحبة كعامل مساعد للحدث على السلوك الجانح ٠

٣ - اتضح بالنسبة لجامعي الأعقاب أنهم جميعا تركوا المدرسة نهائيا ، بعضهم نتيجة للفصل من المدرسة وبعضهم لسبب الفشل الدراسي ، كما أنهم كانوا من معتادي الهروب من المدرسة ٠

أما بالنسبة للمتهمين بالسرقة ، فقد تبين أن ٦٠ ٪ **منهم لم يتعلموا في مدرسة على الاطلاق** وأن ٢٨ر٣٪ لم يتعد تعليمهم المرحلة الأولية ٠

٤ - تبين أن ٧١ ٪ من الأحداث المتهمين بالتشرد لايعيشون في كنف أسر ، وأن أغلب الأسر يميزها التصدع النفسي والقسوة البالغة للآباء في معـــاملة الأحداث وكذلك عدم الثبات على طريقة واحدة في معاملتهم ٠

ولوحظ في حالات الأحداث المتهمين بالسرقة أن نسبة الطلاق في محيط الآباء والأمهات عالية (١١٪) وأن **نسـبة كبيرة من الآباء (٤٢ر٣٪) ومن الأمهات (٢٨ر٨ ٪) تزوجوا أكثر من مرة ٠**

٥ - كانت نسبة كبيرة من المشردين ومن المتهمين بالسرقة **ممن هجـــرت أسرهم الريف الى القاهرة** ، مما يمكن أن يكون سببا في عدم تكيفهم للأوضاع الجديدة مهنيا واجتماعيا ، واضطرار بعضهم الى الاشتغال بأبخس الأجور والى السكنى في الأحياء المتخلفة التي يزداد فيها احتمال وجود مناطق الجناح !

ويرى عدد من علماء الاجتماع ، بهذا الصدد ، أن وجود الحدث في منطقة

من مناطق الجناح يعتبر من العوامل المساعدة على اتجاهه الى ارتكاب السلوك الجانح بحكم تأثير هذه المنطقة عليـــه كبيئة تتشكل فيهـــا قيمه وعاداته الاجتماعية •

٦ ـ اتضح بالنسبة للأحداث المتهمين بالسرقة أن حوالى نصف أسرهم (٤٦٪ على وجه التحديد) **تعيش كل أسرة منها فى غرفة واحدة** ، وتقل هذه النسبة كلما زاد عدد الغرف فى المسكن •

٣ ـ وفى دراسة **لمختار حمزة** عام ١٩٥٣ حول القوى الدينامية المؤثرة على شخصيات الأحداث الجانحين فى البيئة المصرية(١) استخدم فيها اختبار « تفهم الموضوع » كأداة للدراسة ، اتضح أن الجانحين كانوا أكثر ميلا من العاديين **الى التخريب والاتلاف والى ايذاء الذات ، كما كانت حاجتهم الى رعاية الغير وعطفهم أشد وضوحا من الآخرين** •

واتضح أيضا من تحليل قصص الجانحين التى استجابوا بها الى الاختبار أنها تعرض ضغوطا اجتماعية ذات طبيعة خاصة ، منها **الحرمان والنبذ** ، **والعوز المادى** ، **والضياع** ، **والرغبة فى التسلط** ، **والتهـــديد الخارجى** ، **والعدوان على البطل** !

٤ ـ وفى عام ١٩٥٧ قام **أحمد سلامة** بتطبيق نفس اختبـــار « تفهم الموضوع » على ٥٠ جانحا من نزلاء دار الشباب بالجيزة ممن تتراوح أعمارهم

---

(١) مختار حمزه ، العوامل الفعالة فى شخصيات الأحداث المشردين فى البيئة المصرية ، فى : مجلة علم النفس ، عدد ٣ (مجلد ٨) ، ١٩٥٣ •

بين ١٥ ، ١٨ سنة وعلى مجموعة ضابطة مساوية للأولى في العدد من أبناء محلة الرواد بمصر القديمة (١)

ودلت نتائج هذه الدراسة على أن الجانح أكثر امتثالا من غير الجانح للاختبار ، وأقل منه رفضا للصور وأشد استثارة ، كما أنه ينشيء قصصا أطول من قصص غير الجانح ! وكانت أكثر قصص الجانحين تدور حول محاور الجناح والجريمة والمآسي العائلية والأبطال التعساء ، بينما دارت قصص الأسوياء حول الحب والطموح ٠٠ وتعزز النتائج ما توصلت اليه دراسة حمزة من أن قصص الجانحين كانت تعكس **القلق من الحرمان وفقدان الحب والقلق من العقاب والتهديد الخارجي** ، كما تبين منها أن **من أشد حاجاتهم وضوحا حاجتهم الى تقبل الوالدين لهم ، والى الانتماء ، والى الطعام ، وشعورهم بدافع قوي الى العدوان !**

ورد الباحث ما تبين له من فروق بين استجابات الجانحين والأسوياء الى فروق أخرى بين شخصياتهم ، أساسها الاختلاف في الظروف التربوية والاجتماعية التي مرت بها كل فئة ٠

٥ — واستخدم **مصطفى فهمي** في عام ١٩٥٩ اختبارا اسقاطيا آخر هو اختبار الاتجاهات العائلية (ليديا جاكسون) كأداة للتعرف على الفروق بين مجموعات ثلاث من الجانحين والعصابيين والأسوياء (٢) ٠٠ فكان من نتائجه أن صورة « العائلة » التي تسود في استجابات الجانحين فيها كثير

---

(١) أحمد عبد العزيز سلامه ، تطبيق اختبار تفهم الموضوع على حالات مصرية ، رسالة للحصول على درجة الماجستير (قسم الصحة النفسية) كلية التربية ، جامعة عين شمس ، ١٩٥٧ ٠ (غير منشورة) ٠

(٢) مصطفى فهمي ، تطبيق اختبار الاتجاهات العائلية على حالات مصرية ، دار مصر للطباعة ، القاهرة ١٩٥٩ ٠

من المرارة والقسوة ، وأن الطفل الماثل فى الصورة شرير وشـــقى ، والآباء سيئو النية يتجهون الى نبذ أبنائهم !! **وكان العدوان هو الاستجابة المميزة لسلوك الجانحين** بحسب هذا الاختبار ، نتيجة لشعورهم بنبذ والديهم لهم ٠

٦ ـ وأجرى **محمد أحمد غالى** فى عام ١٩٦٤ دراسة مقارنة بين الجانحين والعصابيين من حيث تنظيم شخصية كل منهم (١) ، وكان يستهدف محاولة وضع اطار نظرى واحد يفسر كلاً من العصاب والجناح فى ضوء دراسة ديناميات السلوك لدى كل من الفئتين ٠ واشتملت عينة الدراسة على ٥٠ من الجانحين من نزلاء بعض دور الملاحظة فى القاهرة ، ٥٠ من العصابيين اختارهم الباحث من بين المترددين على العيادات النفسية ومجموعة ثالثة ضابطة مكونة من ٥٠ من الأسوياء ٠ وكانت أعمار أفراد العينة تتراوح بين ١٠ ، ١٤ سنة ٠

وقد استخدم فى البحث عدد من المقاييس منها مقياس للثبات الانفعـالى ومقياس للقلق الصريح واختبار تفهم الموضوع ومقياس للقيم واختبار صممه الباحث ليقيس مفهوم الذات ٠٠ وتتلخص النتائج التى توصلت اليها هذه الدراسة فى وجود بعض الاختلافات بين نوع تنظيم شخصية الجانح وشخصية العصابى ، وأن هذه الاختلافات تتضح أكثر ما تتضح فى البعد المتعلق بأنواع الحاجات والدوافع المسيطرة على ســـــلوك كل منهما ، وفى أنـــــواع القيم المميزة لهما ، وكذلك فى نمط الاستجابة الأكثر شيوعا فى حـــالات الاحباط وهو **بالنسبة للجانحين النمط العدوانى** وبالنسبة للعصابيين عدم المبالاة ٠٠ وقد اتضح وجود تشابه بين الجانحين والعصابيين من حيث مفهوم الذات وكذلك من حيث استجابة القلق ، كما تبين أن كلا منهما بعيدبعدا تاماعن

---

(١) محمد أحمد غالى ، دراسة مقارنة للجانحين والعصـــــابيين من حيث تنظيم الشخصية رسالة للحصول على درجة الدكتوراه فى التربية (قسم الصحة النفسية) كلية التربية ، جامعة عين شمس ، القاهرة ١٩٦٤ ٠ (غير منشورة) ٠

الفهم الجيد لمشاعر الآخرين ، لسبب ما يشغلهما من مشكلات واحباطات وحاجات غير مشبعة !

٧ ـ وفى عام ١٩٦٧ أجرى **محمد على حسن** دراسة مقارنة بين الجانحين والعاديين من حيث نوع العلاقة بين الحدث ووالديه (١). استخدم فيها عينة مكونة من ٥٠ حدثا اختيروا من مؤسسة المرج للبنين و٥٠ من العاديين من طلبة المدارس الاعدادية العامة والعملية ، حيث تمت مزاوجة المجموعتين فى السن (١٢ ـ ١٥ سنة) والذكاء (حول المتوسط) والوضع الاقتصادى الاجتماعى ، كما كانت العينة كلها من الذكور ٠

وقد استخدم فى الدراسة اختبار الذكاء المصور ، واختبار الذكاء غير اللفظى ، واختبار رودجرز لدراسة شخصية الأطفال الذكور ، واختبار احباطات الطفولة ، ومقياس للقلق ، فضلا عن استفتاء قام الباحث بتصميمه لدراسة أساليب المعاملة الوالدية ٠

وكان من أهم النتائج التى توصلت اليها هذه الدراسة ما يلى :

(ا) أن هناك فروقا دالة بين الجانحين والعاديين فى ظروف الطفولة وخبراتها ، التى كانت فى مجموعة الجانحين أشد سوءا وقسوة واحباطا واهمالا وقصورا !

(ب) أن أساليب التربية التى تعرض لها الجانحون كانت فى جملتها تقوم على **النبذ والاهمال والقسوة والعقاب الصارم** ٠ وقد ارتبطت هذه النواحى بالآباء أكثر من ارتباطها بالأمهات ٠

---

(١) محمد على حسن ، علاقة الوالدين بالطفل وأثرها فى جناح الأحداث ، رسالة مقدمة للحصول على درجة الماجستير فى التربية (قسم الصحة النفسية) ، كلية التربية ، جامعة عين شمس ١٩٦٧ ٠ (غير منشورة) ٠

(ج) كان الجانحون أقل اتصالا نفسيا بوالديهم وخاصة الآباء وكانوا أقل التقاء مع والديهم فى ألوان النشاط الاجتماعى •

(د) وجدت فروق دالة بين الجانحين والعاديين فى بعض نواحى الشخصية ، فكان الجانحون أكثر شعورا بالنقص وأكثر استغراقا فى أحلام اليقظة وأشد حدة من حيث سوء التكيف العام وأكثر ميلا الى أشكال السلوك غير المقبول اجتماعيا كما وجدت فروق بين الجانحين والعاديين فيما يتعلق بمشاعرهم واتجاهاتهم بإزاء والديهم وتقديرهم لهم •

وتلتقى الدراسات السابقة على تنوعها واختلاف الأدوات والعينات المستخدمة فيها على كثير من السمات المميزة للجانحين ، ومن أهمها العدوان ، وما يفسر هذا العدوان وما يرتبط به من قلق وافتقاد للأمن والطمأنينة نتيجة الحرمان من اشباع الحاجات النفسية الهامة للحدث ومن الخبرات الايجابية البنائية فى الأسرة خاصة •

توجيه الأحداث المعرضين للانحراف :

بالنظر الى ما تبين فى الدراسات السابقة وغيرها من الدراسات التى أجريت فى الخارج ، من أن جناح الأحداث هو مشكلة حضرية وأن الاهتمام بها يجب أن يوجه الى الرقعة الحضرية من المجتمع • وبالنظر الى وجود بؤر معينة معروفة فى المدن الكبرى المزدحمة ينتشر فيها الأحداث المنحرفون والذين يخشى عليهم من الانحراف ، وهى التى يسميها علماء الاجتماع « مناطق التفريخ » فان الجهود الرامية الى الحد من مشكلة جناح الأحداث يجب أن تتركز فى تلك المناطق بالدرجة الأولى وأن يتجه القسم الأكبر منها الى شلل الأحداث قبل أن تتحول هذه الشلل الى عصابات للجناح والجريمة !!

ويوضح **أنيس عبد الملك** الدور الذى يمكن أن تقوم به « **خدمة الجماعة** »

فى منع الأحداث من الانحراف فى تلك المناطق ، فى محاولة التعرف أولا على أماكن تجمع شللهم وأوقات تجمعها وخصائص هذه الشلل وطبيعتها ، ثم يحاول الأخصائى الاجتماعى المسئول أن يتصل بتلك الشلل ويثابر على ايجاد الصلات بينه وبينها • وبعد أن ينجح فى اقامة علاقة مهنية سليمة معها ، عليه أن يساعدها على التفهم الصحيح لمجتمعها بحيث لا تعتبره مجتمعا معتديا عليها • ومتى نجح فى ذلك فانه يعمل على معاونة الجماعة على اعادة النظر فى قيمها وتقاليدها ، ويحاول أن يربط نشاط الشلة بالامكانات القائمة فى المجتمع ، حتى يوجد الصلات بين الشلل والمجتمع وحتى لا تنحرف الشلل وتتحول الى عصابات ! (١)

وقد يتعاون الأخصائى الاجتماعى مع آباء أفراد من هذه الشلل ومع قادة المجتمع ورجال الشرطة الى جانب بعض الفنيين ، فى وضع الخطط والبرامج لمساندة جهوده المبذولة فى العمل مع الشلل بالمجتمع •

ويجب أن يعمل الأخصائى الاجتماعى على معاونة هذه الشلل للانضمام كجماعات أو كأفراد ، الى مؤسسات اجتماعية ملائمة فى البيئة المحيطة كما يجب العمل على ايجاد أمثال هذه المؤسسات – كمؤسسات أوقات الفراغ مثلا – اذا لم تكن متوافرة فى تلك البيئة •

---

(١) أنيس عبد الملك وآخرون ، خدمة الجماعة فى المجتمع الاشتراكى ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، الطبعة الأولى ، ص ٤٠١ – ٤٠٤ •

لمحة عن :

العـــــلاج النفسى الجمعى

استخدام المجموعة فى العلاج النفسى

أشرنا فى الفصل الثالث من الكتاب الى الأزمة العالمية فى المعالجين النفسيين ، وقلنا ان بعض البلدان المتقدمة توصلت الى حل مريح تخطت به حدود الأزمة ، وذلك بالالتجاء الى « العلاج النفسى الجمعى » على اختلاف أساليبه وطرائقه - أى علاج عدد من المرضى معا فى مجموعات صغيرة ، مما يؤدى الى خفض كبير فى نفقات العلاج وفى عدد المعالجين وفى الجهد المبذول من جانب هؤلاء المعالجين .

وأوردنا رأينا بأن وسيلة العلاج الجمعى هى أنسب ما تكون لظروف بلد نام كبلدنا يعانى من الفقر الشديد فى المعالجين النفسيين ومن المستويات الاقتصادية المنخفضة لسواده الأعظم ، وأنه ينبغى ادخال هذه الوسيلة الى مستشفياتنا وعياداتنا النفسية ومؤسساتنا العمالية والطلابية على اعتبار أن ذلك هو أحد الحلول الجذرية لمشكلة الصحة النفسية على المستوى العلاجى فى الجمهورية العربية المتحدة ، فضلا عن أن العلاج الجمعى وفلسفته الاجتماعية هو أقرب أنواع العلاج النفسى الى تحقيق المبدأ الاشتراكى .

وقد دعانا هذا التصور الى تخصيص الفصول التالية من هذا الكتاب لتناول موضوع العلاج النفسى الجمعى بشىء من التفصيل ، حيث ستعالج هذه الفصول الأسس السيكولوجية والاجتماعية لهذا العلاج ، واستخداماته المختلفة ، والطرق والأساليب المتبعة فيه ، وتشكيل مجموعات العلاج ، وبعض التجارب التى أجريت على العلاج النفسى الجمعى فى الجمهورية العربية المتحدة .

الفصل السادس

الأسس النفسية والاجتماعية للعلاج النفسي الجمعي

قام العلاج النفسي الجمعي أساسا كوسيلة **للاقتصاد في الوقت والنفقات التي يتطلبها العلاج النفسي** • وساعدت الحرب العالمية الثانية بصفة خاصة على انتشار هذه الوسيلة واجراء التجارب المختلفة عليها وابتكار أشـــكال منوعة جديدة للعلاج الجمعي •

وفي ذلك يقول جونز : « ان الضرورة تفتق الحيلة •• ولقد كانت الضرورة التي نشأت خلال الحرب العالمية الأخيرة ، **بسبب الزيادة الكبيرة في حالات الأمراض النفسية والعقلية والنقص الذي قابل ذلك في عـــدد الأطبـــاء المعالجين** •• كانت هذه الضرورة هي الحافز الرئيسي على التوسع في تجربة الأساليب الاجتماعية في العلاج النفسي •• ذلك أنه لم يكن من المعقول أو من الممكن علاج جميع الحالات علاجا فرديا • **وبالاضافة الى ذلك ، فقد كان نوع المرضى النفسيين من الجند والأسرى العائدين ممن لا تفلح معهم – في أغلب الأحوال – الطرق المألوفة في العلاج النفسي** •• واقتضى هذا الالتجـــاء الى العلوم الاجتماعية ، مثل علم الاجتماع وعلم الأجناس، للاسترشاد بأساليبها ومبادئها في تجربة طرق جديدة في العلاج(١) •

وكان مما يسر مهمة العلاج الجمعي للمرضى النفسيين من الجنود ، ذلك **التشابه الكبير في مشكلاتهم وأعراضهم المرضية بل وفي ظروفهم المعيشية في الحرب التي أدت إلى تلك المشكلات ، مما أوجد حقلا مثاليا للتجارب في العلاج الجمعي** •

---

(١) مكسويل جونز وآخرون (ترجمة صـــموئيل مغاريوس) الطب النفسي الاجتماعي ، دار المعارف بمصر ، القاهرة ١٩٦١ ، ص ٩ – ١٠ •

على أنه سرعان ما تبين أن استخدام المجموعة فى العلاج - وان كان قد قصد به فى مبدأ الأمر الاقتصاد فى وقت العلاج ونفقاته - هو **استخدام يمكن أن ينبني على اصول وأسس سيكولوجية واجتماعية هامة !!**

ومن أهم هذه الأسس **حقيقة أن الانسان هو بالضرورة كائن اجتماعى ، وأن حاجاته النفسية الأساسية** (من مثل حاجته الى الأمن ، والى النجاح ، والى التقدير والمكانة ، والى الشعور بالانتماء والاحساس بالمسئولية نحو الآخرين ، والى تبادل العطف والعاطفة .. لخ) **هى بنفس الوقت حاجات تمليها - كما تلبيها - عضوية الفرد البشرى فى الجماعات الانسانية المنوعة .. كما أن مثل الانسان العليا ، وقيمه ومعتقداته ، وأطر تفكيره ، بل وأسباب الصراع والتوافق عنده ، انما ترتبط ارتباطا وثيقا بثقافة الجماعات التى يتفاعل معها ويحيا ضمنها - وما بها من ضغوط وتعصب أو تخلخل وتسامح ، كما ترتبط كذلك بنوع ومدى العلاقات الاجتماعية التى ينشؤها الفرد فى هذه الجماعات** .. ومن هنا ، كان من الأمور الطبيعية أن يكون السبيل الى تصحيح السلوك وعلاج الأخطاء التى أدت الى سوء التوافق ، هو الاستعانة بالجماعة ، بشرط أن تكون جماعة علاجية مؤسسة على أسس نفسية علمية ، وبحيث ترمى هذه الجماعة الى معاونة المريض على تكوين علاقات اجتماعية ناجحة وتستهدف اشباع حاجاته النفسية وتعديل مفاهيمه وقيمه الاجتماعية وآرائه ومواقفه من الناس !

وتزداد أهمية هذه الفكرة وضوحا اذا ذكرنا أن من أول أهداف العلاج النفسى عموما ، **هدف استعادة الفرد على التوافق الاجتماعى وعلى العيش والاسهام فى المجموعات التى يتفاعل معها** .. ومعنى هذا أن الفرد ينبغى له أن يتمرس على أساليب السلوك الاجتماعى التى تجعله مقبولا من الجماعة والتى تجلب له فى وسطها التقدير والمكانة الاجتماعية ! ..

ولا سبيل الى ممارسة هذا السلوك الاجتماعى فى الفراغ ، فلابد من « وسط ما » لممارسته . والمجموعة العلاجية هى هذا الوسط ، يتعلم فيها

المريض ما لم يسبق له تعلمه - لاعتبارات خاصة - من الأخذ والعطاء والحق والواجب وتبادل الخبرات والتجارب ، ويحاول فيها محاولاته للتلاؤم والتوافق تمهيدا واعدادا لتوافقه مع المجتمع الخارجي ومع سائر الجماعات الطبيعية التي يجد نفسه منخرطا فيها ٠

ومن **المعروف ان العزلة الاجتماعية ، ان لم تكن أحد أسـباب المرض النفسي فهي عامل من عوامل تدعيمه وتثبيته** ٠ فالمريض النفسي ، ومن كان يعاني عيبا أو نقصا بدنيا أو اجتماعيا ، يحاول غالبا أن يتجنب النـاس ، ويأخذ في التباعد التدريجي عنهم الى أن يعزل نفسه في النهاية عن خاصة معارفه وأقربائه ، مداراة لنقصه وتحرجا من مواجهة الآخرين ٠٠ **الا أن هذا الابتعاد عن الناس ، بدلا من أن يؤدي - كما كان يروم ويشتهي - الى تخففه من آلامه ومشاعره بالنقص ، يؤدي في الواقع الى مضاعفة مشـكلة المريض وزيادة حدة شعوره بالنقص** ٠٠ وهكذا يسـتمر المريض في الدوران في حلقة مفرغة لا سبيل الى تحطيمها في الواقع الا عن طريق ادماجه بالمجتمع وتشجيعه على الاختلاط بالناس وتكوين علاقات اجتماعية معهم ٠٠ وبعبارة أخرى فلابد من مواجهة المريض مواجهة مباشرة لمشكلته ولابد له من معايشتها ومقارعتها بدلا من التهرب منها ومحاولة تجاهلها واخفائها عن نفسه وعن الناس ! وقد يبدو هذا الأمر صعبا بل مستحيلا في الظروف العادية ، ولكنه يصبح أمرا ميسرا ومقدورا عليه داخل المجموعة العلاجية التي تتاح لها ظروف ومواصفات خاصة مهيئة للاندماج والتفاعل الاجتماعي ، وخاصة ان هذه المجموعة تضم مرضى آخرين يعانون من مشكلات وأوضاع شبيهة بأوضاع المريض ومشكلاته !

ومن أهم العمليات العلاجية التي يعتمد عليها العلاج الجمعي ، **تأثـير المرضى بعضهم على بعض داخل المجموعة العلاجية** حيث لا يتركز العلاج في الموقف الجماعي على شخص المعالج وحده بل يصبح كل مريض مصدرا من مصادر العلاج لغيره من المرضى ، وحيث لا تقوم علاقة « تحويل » واحدة

بين المريض والمعالج النفسي بل تنتشر علاقات التحويل وتوزع على الأفراد الآخرين في المجموعة ، وحيث تتضاعف التأثيرات العلاجية التي يتأثر بها المريض الواحد ، ويصبح كل مريض مرسلا ومستقبلا لهذه التأثيرات العلاجية المختلفة ، يؤثر ويتـــأثر بغيره من المرضى ، ويطبب ويطبب له في الوقت نفسه ! ..

ومعنى هذا بعبارة أخرى أن المرضى المختلفين يستطيعون أن يقوموا بدور ايجابي في علاج واحد منهم ، فلا يعتمد العلاج في هذه الحالة على المعـــالج النفسي وحده كما في الموقف الفردي ، بل يصبح المرضى الآخـــرون من الأدوات المساعدة على هذا العلاج • ويمكننا أن نزيد الفكرة وضوحا بالتشبيه بالاختلاف القائم بين التعليم في المدرسة القديمة الذي كان يقوم على أكتاف المدرس وحده ، وبين التربية الحديثة التي أصبحت مهمة المدرس فيها هي مراقبة وتوجيه عملية التعليم التي تعتمد أصلا على نشاط تلاميذ الفصـــل جميعا وعلى ما ينشأ بينهم من تفاعل واحتكاك !

ووجود المرضى الآخرين يتيح للمريض عقد المقارنات العديدة بين مشاعـــره ومشكلاته وبين مشاعر الآخرين ومشكلاتهم • وتسهم عمليات « التوحد » التي تنتج عن هذه المقارنات في استبصار المريض بنواح من مشكلته ما كان ليستبصر بها لولا مشاهدتها في تلك « المرآة » المسماة بالمجموعة العلاجية ، والتي بواسطتها يرى المريض نفسه ومشكلاته ممثلة في حياة الآخـــرين ومشكلاتهم !

وكما يدرك المريض مشكلاته ادراكا أعمق وأكثر وضوحا عن طريق ادراكه لمشكلات الآخرين الشبيهة — والمضادة أيضا — فانه يكتشـــف كذلك في المجموعة العلاجية حلولا واستجابات للآخرين تجاه هذه المشكلات لم تكن لتخطر له على بال ! وتؤدي المناقشات الجماعية التي تدور في جلســـات العلاج ، الى تبلور اتجاه جماعي وظهور حلول تتفق عليها المجموعة بالنسبة لكثير من المواقف .. وعن هذا الطريق يضيف المريض نواحي جديدة الى

خبراته ، ويصبح أكثر ادراكا لوجود أنماط سلوكية متعددة غير أنماطه وعاداته . ولقد تتيح له المجموعة فوق ذلك أن يجرب بعض هذه الأنماط الجديدة فعلا ، وأن يحقق بذلك اشباعا وانجازا لم يعهدهما من قبل !

وهناك اعتبار على درجة كبيرة من الأهمية يجعل الالتجاء الى المجموعة كوسط علاجي أمرا حيويا ، وخصوصا في المجتمعات الاشتراكية . وهذا الاعتبار **هو أن الحياة في عصرنا الحاضر أصبحت تعتمد أكثر وأكثر على العمل في جماعات وعلى الجهود المتضافرة المشتركة لعدد كبير من الأفراد ..**

لم يعد هناك انتاج أو عمل مؤثر يمكن أن ينهض به انسان بمفرده ، وانما ينهض هذا الانتاج نتيجة للجهد الجماعي والعمل التضامني ، ونتيجة لتشابك الأيدي واحتكاك العقول ، والمناقشات الجماعية في الحلقات واللجان ومجالس الادارة والمؤتمرات في شتى الأجهزة والمؤسسات .. **ومن أجل ذلك فالانسان الحديث لا يمكن أن يصبح مواطنا منتجا ما لم يتمرس على أساليب التفاعل الاجتماعي وما لم يكتسب المهارات المهيئة للتعاون مع الجماعة .** وهذا كله بعض ما تفيد المجموعة العلاجية في اكسابه للمنخرطين فيها .

ومع التوسع في العلاج الجمعي والتوصل الى مزيد من الدقة والاحكام في طرقه وأساليبه نتيجة للتجارب المتصلة في هذا الميدان الفسيح ، ينتظر أن تصل البشرية الى مرحلة جديدة من مراحل تطور العلاج النفسي ، ولقد شارفت على هذه المرحلة بالفعل !

في هذه المرحلة الجديدة سوف ينسلخ العلاج النفسي من أرستقراطيته وطبقيته الحالية واقتصاره على فئة ضئيلة من أفراد المجتمع ، هم ذوو الثقافة الخاصة الذين يمكن اخضاعهم للتحليل النفسي (الفردي) وأصحاب الدخل العالي الذين يستطيعون تحمل نفقاته !

سوف يمتد العلاج النفسي الى أكبر عدد من المحتاجين اليه ، وسيصبح

ميسورا لكل الفئات والطبقات .. وستقوم مراكز العلاج الجمعي مقام « المستوصفات » في العلاج البدني ، وتقوم الأندية العلاجية الملحقة بهذه المراكز مقام « الصيدليات » التي تصرف الدواء !!

ان العلاج النفسي الجمعي علاج يتمشى مع روح العصر والاتجاهات الاشتراكية الحديثة في سائر نواحي الحياة . وفلسفته الاجتماعية تتلخص في مد يد العون الى كل من يحتاجه .. الى العمال والموظفين والطلبة وسائر المواطنين .

القوى الفعالة فى العلاج الجمعى (١) :

تنفرد طريقة العلاج الجمعى ببعض المقومات والخصائص التى لا تتوافر للعلاج الفردى ، فى حين أنها تشترك مع طريقة العلاج الفردى فى مقومات أخرى ٠

وفيما يلى بعض من أهم العمليات الدينامية والقوى الفعالة فى العـــلاج النفسى الجمعى التى ينفرد بها هذا العلاج ، والتى تنبعث أساسا مما ينشأ داخل مجموعة العلاج من تفاعلات وتأثيرات متبادلة بين أفراد المجموعة :

١ ـ التخفف من الشعور بالاختلاف :

يعتقد المريض نفسيا أنه شخص شاذ مختلف عن جميع الناس ، وأن أحدا غيره لم يبتل ببلوته ٠ ويؤدى وجوده بين المرضى الآخرين فى جو المجموعة العلاجية الى اقتناع سريع بخطأ هذه الفكرة ، مما يخفف من حدة شـــعوره بالاختلاف والدونية ومما يساعد على اعادة تقييمه لمشكلته ووضـــعها فى موضعها الصحيح ، وعلى ادراكه أن المشكلات النفسية تدخل ضمن نطاق الصعوبات العامة التى تقابل كثيرا من الأفراد لدى محاولاتهم للتوافق مع بيئاتهم ٠

وتبعا لذلك ونتيجة لعملية أخرى هامة تتم فى داخل مجموعة العلاج وهى **المناقشة الجماعية** ، يقوم المريض باجراء كثير من التعديلات على النتائج التى انتهى اليها قبلا عن نفسه وعن الناس وعن العالم الخارجى عموما ٠٠ كمـا

---

(١) انظر : صموئيل مغاريوس ، « العلاج الجماعى لحالات اللجلجة » ، فى: « مجلة الصحة النفسية » ، ديسمبر ١٩٦٠ ، وانظر أيضا بحثا بالانجليزية للمؤلف ، بعنوان «Factors in Group Therapy» ٠ نشر فى مجلة :

The International Journal of Social Psychiatry, Vol. 2, 1956.

يتمكن أيضا من أن يرى أن عاداته السيئة ووساوسه ومواقفه العدوانيـــة ليست وقفا عليه وحده دون غيره من الناس ، وليست موجبة للخزى والعار اللذين طبعا حياته وتفكيره فيما مضى !

٣ ـ التخفف من مقاومة المريض للتحدث عن مشكلاته :

ان المشكلات التى يتحرج المرضى من طرقها ويبدون أشد مقاومة في البوح بها ومناقشتها فى جلسات العلاج الفردي ، يسهل عليهم تناولها عــــادة فى الجلسات الجمعية ـ وهذا ما وجده كل من اشتغل بالعلاج الجمعى •

والسبب فى ذلك أن المريض يسهل عليه أن يتحدث عن مشـــكلاته الشخصية عندما يكتشف أن غيره من المرضى لهم نفس المشكلات أو مشكلات شبيهة وعندما يستمع اليهم وهم يتحدثون عن هذه المشكلات ، كما يصبح أكثر رغبة فى التعرف على صراعاته ونواحى القصور فى شخصيته اذا أدرك أنه يشارك غيره من المرضى فى هذه الأشياء •

والمسألة تبدأ عادة بمناقشة عامة غير موجهة وغير شخصية ، وتتدرج ـ بعد اطمئنان المرضى الى مشاركة بعض زملائهم لهم فى مشكلاتهم وصعوباتهم ـ الى حديثهم المستفيض عن أنفسهم والى توالى اعترافاتهم بصعوباتهم الخاصة ودقائق حياتهم •• وتصل تصريحات المرضى ومناقشـــاتهم فى رأى بعض المعالجين الى مستويات لا شعورية على درجة لا بأس بها من العمق !

وقد حدا هذا ببعض المشتغلين بالعلاج الجمعى الى استغلال الطريقة فى توجيه آباء الأطفال المشكلين ؛ حيث تبين أن وجود آباء آخرين لهم مشكلات شبيهة يسعون الى ايجاد حلول لها ، لما يساعد كل أب على تقبل أخطائه بشكل موضوعى هادىء وعلى التهيئة النفسية لاكتساب الاتجاهات السليمة فى معاملاته وعلاقاته الأسرية •

ويترتب على التخفف من المقاومات المختلفة الذى يتيحه العلاج الجمعى ، إمكان التأثير على المرضى وتعديل اتجـــاهاتهم بسرعة أكبر مما يتأنى فى الجلسات الفردية ٠

٣ ــ النشاط العملى والاجتماعى :

ان سلبية المريض خلال الفترات التى تتخلل جلسات العلاج الفردى هى احدى مشكلات ذلك العلاج ، وكثيرا ما تؤدى هذه السلبية الى مضـــاعفات مرضية غير مرغوب فيها ٠ أما العلاج الجمعى فانه يعتمد ــ وخصوصا فى بعض طرائقه القائمة على النشاط والحركة أو القائمة على التمثيل الدرامى ــ على الدور الايجابى للمريض فى العلاج وعلى اشتراكه فى النشـــاط الذى تمارسه المجموعة بشكل فعال ٠

ولا يقتصر النشاط فى المجموعات العلاجية على النشاط الذهنى والنشاط الاجتماعى وحدهما ، بل يمتد فى بعض هذه المجموعات الى النشاط الحركى العملى فى فترات خاصة ٠٠ ومن ذلك العلاج بالعمل الذى يشيع اســتخدامه فى كثير من المجموعات ، والذى يهدف فيما يهدف اليه الى اشباع حاجـة المرضى الى الانجاز والتحقيق ٠ وفى هذا الصدد فانه لابد أن نذكر أن عددا غير قليل من المرضى النفسيين هم من فئة المثاليين النظريين الذين يشـغلون كثيرا بالتأملات النظرية أو الذين يعملون بمهن تعتمد على الذهن وحــده ٠ وبعض هؤلاء يحفل تاريخهم بالفشل فى العمل أو فى تحمل المسئولية ــ ولذلك فان اتاحة الفرصة لهم للانجاز والنجاح المحسوس عن طريق قيامهم بأعمال محدودة تؤدى الى نتيجة ملموسة سريعة ، له أثر فعال فى تحسنهم !

ومن أهداف النشاط المنوع فى المجموعات العلاجية للأحداث الجانحين ، تفريغ نزعاتهم العدوانية بتحويلها الى موضوعات الجماد ، كالصلصال وأجهزة وأدوات اللعب المختارة والمبارزة وما الى ذلك ٠

ولعل قيمة النشاط العلاجية تبرز بصفة خاصة بالنسبة للمرضى الداخليين بالمستشفيات والذين انقطعوا عن الحياة العامة مددا طويلة ، فان ادماج هؤلاء المرضى فى مجموعات النشاط العلاجية قبيل مغادرتهم المستشفى يخدم هدفا من الأهداف الأساسية للعلاج النفسى ، وهو استعادة قدرة المريض على العيش مع الجماعة والاسهام فى خدمتها • وليس أفضل من أن يتمرس المريض على ذلك فى جو المجموعة العلاجية الذى يتيح له حرية تامة وتشجيعا وتعضيدا بدرجة كبيرة •

٤ - التفريغ الجمعى والعلاقات الاجتماعية الجديدة :

يرى بعض المعالجين النفسيين أن المجموعة العلاجية هى صورة للأسرة ، التى يقوم فيها المعالج بدور الأب البديل ويقوم الأخصائيون والأخصائيات المساعدون والمرضى الآخرون بدور الاخوة والأخوات (وقد يكون من بينهم أيضا بديل للأم أو الزوجة أو الزوج بالنسبة لبعض المرضى) • ويرى أصحاب مدرسة التحليل النفسى - ممن ولجوا باب العلاج الجمعى - أن علاقات المريض فى المجموعة العلاجية انما تخدم غرض تفريغ شحناته الانفعالية والتخلص من عقده التى تكونت فى الأسرة والتى تدور حول العلاقات داخلها !

وفى رأينا أن المجموعة العلاجية لا تمثل الأسرة - ولا ينبغى لها أن تمثلها - الا اذا أردنا لها أن تكون كذلك عند تشكيلنا لها ، والا اذا أخذنا بنظم خاصة فى ادارة دفتها وفى الأساليب العلاجية المستخدمة معها

والأسرة مع اعترافنا بأثرها الهام فى صياغة الشخصية والتأثير عليها ، ليست هى المجموعة الوحيدة ذات التأثير على المشكلات السلوكية وعلى اتجاهات الشخصية سيما بالنسبة للبالغين • وترتيبا على ذلك ، فانه يحسن أن نرمى - فى الحالة العامة - الى أن تمثل المجموعة العلاجية المجتمع الموسع على اطلاقه ، مع فارق واحد هام وهو أن تشتمل المجموعة العلاجية أو

النادى العلاجى على نماذج للعلاقات الانسانية ولأنماط السلوك تخالف تلك التى ألفها المريض فى بيئاته الأصلية والتى كان لها نصيب واضح فى الاسهام فى مشكلته •

ولا يمنع هذا من تعمد تمثيل المجموعة العلاجية للأسرة فى بعض الأحيان بحسب حاجة المرضى وحالاتهم الخاصة وبحسب أهداف العلاج ، ولكن ذلك لا يمثل الواقع دائما أو لا ينبغى له أن يكون كذلك •

ومهما يكن الأمر ، فان **نجاح طريقة العلاج الجمعى يعتمد الى حد كبير على العلاقات الجديدة التى يقيمها المريض فى مجموعة العلاج وعلى السند الوجدانى الذى تهيؤه هذه العلاقات وقدرتها على التأثير على مفاهيمه القديمة وعلى نظرته الى الناس والمجتمع ، وقدرتها كذلك على تفريغ شحناته الانفعالية المرتبطة بمشكلاته فى نواحى العلاقات الاجتماعية •**

٥ ـ الملائمة الاجتماعية :

لكل جماعة من الجماعات البشرية أحكامها ومثلها السلوكية التى يشترك أعضاؤها فى ترسيبها ، ويقيدون أنفسهم بها بالتالى •

ونظرا لشدة الحاجة الى الانتماء عند الفرد البشرى ـ تلك الحاجة التى عبر عنها بعض العلماء بالجوع الاجتماعى ـ فان عضو الجماعة يحاول أن يهذب من أنانيته ونزواته الشخصية وأن يتخلص من تمركزه حول ذاته ، حتى ينتظم مع الجماعة ويظفر منها بالقبول والتقدير •• ذلك أساس عملية « التأنيس » أو التطبيع الاجتماعى ، وهى عملية يمارسها الفرد منذ طفولته الأولى ، وتهيىء لها مرونة السلوك البشرى وقابلية الانسان للتعلم وحاجته الماسة الى الانتماء وعضوية الجماعات •

هذا عن الفرد العادى .. **أما المرضى النفسيون فانهم يعانون - لأسباب فى ظروف تنشئتهم الاجتماعية - من قصور واضح فى نمـــو « الأنا » أو « الذات » يحول بينهم وبين الانطلاق التام لطاقاتهم النفسية فى اتجـــاه الآخرين ، ويدفع بهم الى الانكماش والتقوقع والتمركز حول الذات فى بعض الأحيان أو الى التهور والتهجم والسلوك العدوانى اللا اجتماعى فى علاقاتهم بالناس فى حالات أخرى !**

وهم لذلك بحاجة ماسة - تفوق الآخـــــرين - الى الخبرات التى تهيىء لتعلمهم أو لاعادة تعلمهم الأساليب المفيدة فى التلاؤم الاجتماعى ، والى توجيه طاقاتهم النفسية نحو الناس ونحو المجتمع توجيها طابعه الاتزان والهدوء .

ويساعد على اكتساب هذه الخبرات فى المجموعة العلاجية الطريقة الخاصة التى تشكل بها تلك المجموعة والأساليب العلاجية التى تتبع فيها ، فضلا عن تعاطف المرضى بعضهم مع بعض والمشاركة الوجدانية بينهم التى أساسها صعوباتهم وآلامهم المشتركة واحساسهم لذلك بالتوحد والمجانسة .

ان الألم الواحد والأمل الواحد خير دافع للمرضى على التخلص من التفكير المتمركز حول ذواتهم وحول مشكلاتهم الشخصية ، وعلى توجيـــه طاقاتهم النفسية نحو الأشخاص الآخرين ، وأخذهم بعضهم بيد بعض .

٦ - الملائمة للجنس الآخر :

ويدخل فى باب الملائمة الاجتماعية ، الملائمة لأفراد الجنس الآخـــر . ويلاحظ بهذا الصدد أن كثيرين من المرضى نفسيا يعانون من الخجل من الجنس الآخر ، أو من اتجاهات صريحة أو كامنة نحو الجنســـية المثلية ، أو من تعلق زائد بالأم أو بالأخت يعوق عن السلوك الطبيعى نحو أفراد الجنس الآخر أو نحو زوجة المستقبل ، أو غير ذلك من المتاعب والانحرافات ذات الأصول الجنسية .

ولا ندعى أن المجموعة العلاجية المختلطة قادرة على أن تعالج بشكل تلقائى جذور هذه المشكلات التى تحتاج لا شك الى دراسة تحليلية متعمقة فى كل حالة منها ، ولكن المجموعة تستطيع عن طريق اتاحة الاختلاط فى جو ممهد مدروس وبتخير بعض المواقف العلاجية ضمن النشاط العام الذى تمارسه المجموعة (وهو ما يسمى بالعلاج الموقفى) أن تهيىء للمرضى من الجنسين فرص المواجهة الصريحة لبعض مشكلاتهم فى مجال الجنس ، وأن تساعدهم على اكتساب الخبرات والمهارات الاجتماعية التى تفيدهم فى النجاح فى المجالات الاجتماعية المختلطة •

٧ ــ الاستبصار الجديد :

ونتيجة للعمليات السابقة جميعها ، تهيىء المجموعة العلاجية للمريض رؤية جديدة لنفسه ولمشكلاته •• وقد سبق لنا أن شبهنا المجموعة العلاجية بالمرآة التى يرى المريض فيها نفسه كما يرى فيها غيره أيضا ، فتساعده هـــذه الرؤية على اجراء المقارنات مع الآخرين ــ ليس فقط بالنسبة للمشكلات التى يعانون منها ومدى مشابهتها أو مخالفتها لمشكلاته الخاصة ، ولكن بالنسبة كذلك للحلول التى يتخذها الآخرون والأساليب التى يتبعونها فى مواجهة هذه المشكلات •• وهذه فى حد ذاتها عملية تعلم واكتساب وتثبت من الخطأ والصواب لا يمكن أن تتم بغير الاطلاع والرؤية اللذين يتيحهما وجود الآخرين والاحتكاك بهم والتفاعل معهم •

ويتبين المريض بين حالات المجموعة العلاجية من هم أسوأ حالا منه ومن هم أحسن حالا منه كذلك • ووجود الأولين يهدىء من روعـــه ويخفف من احساسه بخطورة حالته ، كما أن وجود الأخرين يحيى عنده الأمـــل فى الشفاء ويرسم أمامه صورة مجسمة للخطوات التى يمكن أن يتدرج اليهـــا فى طريق الشفاء •• ووجود هؤلاء وأولئك يساعده على وضع مشـــكلته فى موضعها الصحيح ، ويهيىء بالتالى لاعادة تقييمها ولتعديل أحـــكام المريض السابقة عنها •

وتؤدى المناقشات الجماعية كذلك الى تعميق المفاهيم الجـــديدة وتدعيم خبرات المريض المكتسبة خلال مشاهداته وتفاعلاته فى المجموعة العلاجية ، فتهيىء بذلك لاستبصار جديد ورؤية جديدة !

وتساعد النماذج الجديدة للعلاقات الاجتماعية التى تعمد بعض طـــرق العلاج الجمعى الى ابرازها وتوضيحها على اهتزاز المفاهيم القديمة للمرضى عن شكل السلطة ونوع العلاقات بين الأفراد فى المجتمع ، مما يؤثر على أنمـــاط السلوك المعتادة لهؤلاء المرضى !

وهكذا فان الاستبصار فى أساليب العلاج الجمعى ، انما يتأتى كنتيجـــة طبيعية لما يطرأ من تعديل على علاقات المريض وخبراته الانفعالية ، نتيجـــة لما يمارسه من أنشطة وعمل واحتكاك ببعض المواقف المقصودة فى حيـــاة الجموعة ، ونتيجة للمناقشات والتحليل الجمعى أيضا .

ويختلف العلاج الجمعى فى هذا الصدد عن العلاج الفـــردى ، فى أن **العلاج الجمعى لا يبدأ بالمناقشة الذهنية بل من الخبرة العملية المبـــاشرة ببعض المواقف ، ويصل الى الاستبصار عن طريق المعاناة الانفعالية لهـــذه المواقف الفعلية وما يتصل بها من نشاط نزوعى .. ثم تأتى المناقشة العقلية بعد ذلك كخطوة أخيرة على طريق الاستبصار .**

٨ ــ اعادة تنظيم الشخصية :

تختلف توقعات المشتغلين بالعلاج الجمعى فيما يتعلق بالدور الذى يلعبه فى اعادة تنظيم شخصية المريض . فبعضهم يذهب الى أن العلاج الجمعى قادر على احداث تغييرات أساسية فى اتجاهات المريض ونظرته الى الحياة، الى الدرجة التى يعاد فيها تنظيم الشخصية بالكلية ومن هؤلاء Slavson الذى يدعى أن طريقته تحدث تعديلا جوهريا على تكوين « الأنا » عنـــد الأحداث الجانحين وأن الحدث يشق طريقه ــ من خلال العـــلاقات التى

يكونها مع المعالج وأفراد مجموعة العلاج - الى ادراك أكثر واقعية وأكثر اتزانا للبالغين وللعالم الخارجي ومطالبه . ومن هؤلاء أيضا bierer الذى يرى أن أسلوبه العلاجي الذى يرتكز على خلق مواقف مقصودة بالذات فى حياة المجموعة يستهدف احداث تغيير كامل فى شخصية المريض .

غير أن غالبية أصحاب مدرسة التحليل النفسى لا يتوقعون أن يكـــون التنظيم الجديد للشخصية أكثر من تنظيم جزئى فقط ، ويقررون أن الهدف العلاجي فى العلاج الجمعي ينبغى أن يكون أكثر تواضعا مما نرمى اليـه فى التحليل النفسى الكامل ، وأن يقتصر على تمكين المريض من استئناف وظائفه المعتادة فى الأسرة والعمل والحياة الاجتماعية خلال فترة معقول من الزمن .

ويرى Ackerman أن الاتصال بالقوى اللا شعورية فى جـــو المجموعة العلاجية أمر عسير المنال وأن التأثير عليها بطريقة منظمة هو أسهل فى التحليل الفردى منه فى التحليل الجمعي . وهو يقدر للمجموعة ميزتها الأساسية فى خلق واقع اجتماعى يساعد المريض على تقييم حالته الخاصة ، ولكنه مع ذلك يشعر أن تسخير ديناميات المجموعة فى مواجهة النمـــاذج الظاهرية للصراعات الانفعالية أى تلك التى يكون الصراع فيها ناشئا بين الفرد وبيئته قد يكون أمرا ميسورا ، الا أن تسخيرها فى مواجهة الصراع بين قوتين متعارضتين داخل الذات الانسانية نفســـها هو أمر شـــديد الصعوبة .

ويمكن تلخيص الموقف بالنسبة للآراء المختلفة حول مقدرة العلاج الجمعي على اعادة تنظيم الشخصية كليا أو جزئيا بأن ذلك يختلف فى الواقـــع باختلاف نوع الطريقة المستخدمة فى العلاج الجمعي ، وتشكيل المجموعة العلاجية والأهداف الموضوعة لها .. ففى بعض الحالات يكون الهدف من العلاج الجمعي مجرد تحسين قدرة المريض على التكيف لموقف اجتماعى معين ، وفى حالات أخرى يكون الهدف معاونة المريض على التخفف من صـــورة التعاسة الحادة الغالبة عليه ومساعدته على استعادة اتزانه الشخصى ، وثمة حالات يستهدف فيها العلاج احداث تغيير أساسى فى تركيب شـــخصية المريض .

استخدامات العلاج الجمعى

ليست هناك طريقة واحدة من طرق العـــلاج الطبى أو النفسى أو الطبيعى أو أى نوع آخر من العلاج تصلح للتطبيق فى كل ظرف من الظروف ومع كل داء من الأدواء ٠ وهكذا الشأن بالنسبة للعلاج النفسى الجمعى ، فلا يدعى أحد أنه علاج لكل أمراض النفس والعقل ٠ وانما يمكن القول بأنه العلاج المفضل فى بعض الحالات ، كما أنه علاج مكمل ومعجل لنتائج العلاج الفردى فى حالات أخرى ٠

ومن أهم الاستخدامات الشائعة للعلاج الجمعى استخدامه **مع من يعانون من الانطواء والخجل والاحساس بالوحدة ومن يعانون من الكآبة والانقباض،** اذ أن جو الجلسات الجمعية التى تجمع بين المريض وأمثاله من المرضى من شأنه أن يهيىء الانفتاح المريض على زملائه وتعاطفه مع بلواهم ، وخروجه بذلك من قوقعته وانحباسه على نفسه وتمركزه الشديد حول ذاته الى الاهتمام بالناس وبالعالم الخارجى ٠ وتساعد المجموعة وديناميانها على الاتصال الفعلى بأعضاء المجموعة الآخرين وعلى التدريب والتمرس على العلاقات الاجتماعية ، مما يعتبر من قبيل « فل الحديد بالحديد » أى المواجهة المباشرة للخجـــل والانطواء فى المواقف ذاتها التى تظهر فيها هذه السمات ٠

ويستخدم العلاج الجمعى لنفس الأسباب فى توجيه طاقة مرضى الفصام ـ وهم الذين يمثلون أقصى درجات الانطواء والانغلاق على الذات ـ الى خارج ذواتهم ، أى الى الاتصال الاجتماعى والحركة فى المجتمع ٠

أما ذوو الميول الانبساطية المتطرفة : فان العلاج الجمعى يقوم بالنسبة لهم بدور مختلف ، حيث يسعى الى توجيه طاقاتهم وتركيزها على أغـــراض اجتماعية مفيدة ، بدلا من تشتتها وبعثرتها هنا وهناك وانعدام الهـــدف أو الغرض فى بعضها !

ويهيىء العلاج الجمعي لأولئك **الذين يعانون مشاعر النقص** لأسباب جسمية أو اجتماعية أو نفسية ، فرصا وفيرة لتحقيق الذات واحراز المكانة والتقدير من اخوانهم في المجموعة ، مما ينمي لديهم بالتالي ثقتهم بأنفسهم، ويشد من أزر عاطفة اعتبار الذات لديهم .

وتعمل بعض صور العلاج الجمعي ، وخاصة ما يسمى بالأندية العلاجية الاجتماعية Therapeutic Social Clubs ، على ايجاد أهداف عملية قريبة المنال وخلق مجالات لنشط يدوى وعملي لأولئك **الذين أمضوا حياتهم داخل** أطر ضيقة من العمل الذهني والأفكار النظرية المجردة . كما تتيح الفرصة لخبرات اجتماعية مناسبة مع أفراد الجنس الآخر لمن تعوزهم هذه الخبرات **ولمن كانوا يعانون من الخجل أو الحرج في وجود الجنس الآخر** .

كذلك تعتبر بعض هذه الأندية العلاجية محطة وسطى في سبيل **تأهيل مرضى المستشفيات العقلية** - بعد الاعتماد الطويل على حياة الحماية داخل المستشفى - للعودة الى ممارسة الحياة الطبيعية ، والقيام بما كانوا يقومون به من أعمال قبل مرضهم أو بأعمال أخرى مناسبة .

ومن الاستخدامات الشائعة للعلاج الجمعي استخدامه **مع آباء الأطفال المشكلين** ، الذين يسهل عليهم تقبل أخطائهم بطريقة موضوعية ويسهل عليهم الاعتراف بها وتصحيحها في مجموعة العلاج . كذلك استخدم العلاج الجمعي **مع الأمهات اللواتي يسرفن في العطف على أبنائهن** ، حيث كان الهدف من المجموعة في هذه الحالة هو خلق أهداف اجتماعية وعملية جديدة لهؤلاء النسوة تستحوذ جانبا من اهتمامهن فلا يصببن الاهتمام كله على الأطفال .

واستخدم العلاج الجمعي بنجاح أيضا **مع الأحداث الجانحين** بهدف اطلاعهم على نماذج للسلطة والعلاقات الاجتماعية تخالف ما وقر في أذهانهم عنها ، مما يؤدى الى اقتلاع جذور كراهيتهم للمجتمع وكذا سلوكهم العدواني الاعتدائي .

واستخدم كذلك في علاج « الأسرة كمجموعة » Family Therapy وذلك **عندما تتشابك مشكلات أفراد الأسرة** ، فيصبح لامناص لحل مشكلات واحد منهم من حل مشكلاتهم جميعا ، ومن تغيير الجو الأسرى النفسى كله واتجاهات أفراد الأسرة وعلاقاتهم بعضهم ببعض !

واستخدم العلاج الجمعى في تأهيل **الجنود المسرحين** واعدادهم للحياة المدنية واستخدم أيضا **مع ضعاف العقول من الأطفال** فى صورة من صوره النشطة وهى السيكودراما ، لمعاونتهم على تعامل أكثر فطنة وملائمة مع بعض المواقف الاجتماعية ..

كذلك استخدم العلاج الجمعى بنجاح **فى حالات اللجلجة وصعوبات النطق** .

ومن بين الاستخدامات الهامة للعلاج النفسى الجمعى ، استخدامه **فى التثبت من تشخيص الأمراض النفسية** واستكمال هذا التشخيص أو تصحيحه — ذلك أن الجو السمح للنادى العلاجى أو المجموعة العلاجية يتيح للمرضى أن يتصرفوا على سجيتهم وأن يسلكوا بما يسلكون به عادة فى حياتهم اليومية المعتادة ، على خلاف سلوك المرضى فى الجو الصناعى المغلق الذى يحيط بالعلاج الفردى !

ومن جهة أخرى ، فان المجموعة العلاجية أو النادى العلاجى **يقوم بدور الصيدلية التى تصرف الدواء ولا يكتفى بدور الطبيب الذى يصف هذا الدواء** — وذلك بما يهيئه للمريض من وجود فعلى فى الظروف والمواقف التى يتطلبها العلاج ، وبالتاثير بصورة فعالة على وجدانات المريض ونظرته الى الأشياء والناس عن طريق التأثير على علاقاته داخل الجماعة ، وعن طريق اشغاله بضروب من النشاط العملى والذهنى ، وعن طريق المناقشة الجماعية التى

تساعد على استيضاحه لكثير من الأمور الخاصة والعامة ـ ما يتصل منهـا بمشكلاته الدقيقة وما يتصل بما يعتنقه من عقائد وايديولوجيا ..

اى أن العلاج الجمعى هو فى الوقت ذاته وسيلة للمتابعة والتنفيذ ، وبهذا الوصف يعتبر ضرورة ملحة وأمرا متمما للعلاج الفردى فى حالات كثيرة .

وثمة استخدام أخير للعلاج الجمعى فى فطام المرضى من علاقة التحـويل الوثيقة التى تتكون بين المريض ومعالجه خلال جلسات العلاج الفـردى ، والتى يعتبر الفطام التدريجى منها احدى مشكلات العلاج لدى اقترابه من نهايته !

فاذا اقترنت جلسات العلاج الفردى ـ عند اقتراب هذا العلاج من مراحله الختامية ـ بجلسات العلاج الجمعى ، فان ذلك مدعاة للتخفف العاجل من علاقة التحويل ، حيث يتشعب التحويل فى المجموعة العلاجية الى علاقـة متعددة الأبعاد بدلا من اتخاذه نمط علاقة ذات طرفين فقط ، مما يعنى توزيع التحويل وسهولة التخلص منه تبعا لذلك .

الفصل السابع

الطرق المستخدمة فى العلاج الجمعى

تختلف الطرق المستخدمة فى العـــلاج النفسى الجمعى من حيث كثير من التفصيلات :

● **فقد تختلف من حيث طريقة تشكيل مجموعة العـــلاج ،** التى تتراوح ما بين التشكيل العفوى الذى لا تراعى فيه قواعد ما والتشكيل المبنى على قواعد وأصول « سوسيومترية(١) » أو اتجاه علاجى معين .

● **وقد تختلف من حيث المكان الذى يمارس فيه العلاج ،** والذى قد يكون فى بعض الحالات جهة التأثير الأصلى كجهة العمل أو الأسرة مثلا ، وقد يكون مؤسسة علاجية خاصة كمستشفى أو عيادة نفسية أو ناد علاجى خاص .

● **وقد يهتم العلاج فى بعض هذه الطرق بالموقف الأصلى والأشـــخاص الآخرين المرتبطين بمشكلة المريض ويسعى الى تضمينهم فى العـــلاج ،** أو قد يؤسس على علاج كل مريض فى المجموعة كوحدة مستقلة بغض النظر عن ارتباطاته خارج المجموعة .

● **وقد يرتكز العلاج على شخص المعالج النفسى ،** بمعنى أن المعالج رغم اشرافه على علاج عدد من المرضى فى مجموعة واحدة فانه لا يلقى بالا الى استغلال ديناميه المجموعة فى العلاج ويركز على العلاقة الخاصة بينه وبين كل مريض على حدة ، وقد يرتكز العلاج – على العكس – على المجموعة نفسها وينظر اليها ككل متفاعل والى كل عضو فيها على أنه عامل نشط فى علاج الآخرين .

---

(١) سيأتى شرح هذه القواعد فى الفصل التالى الذى يدور حول تشكيل مجموعات العلاج .

● وأخيرا تختلف طرق العلاج الجمعى من حيث شكل التأثير السائد فيها ، ما بين تأثير حر وتلقائى يقوم على الحرية فى المناقشات والتلقــائية فى التمثيل أو الأساليب النشطة الأخرى فى العلاج ، وما بين تأثير تلقينى يقوم على اعداد سابق — كقراءة حــديث معد من قبل أو اخــراج تمثيلية بعد حفظ النصوص واجراء (البروفات) السابقة أو وجود قيود معينة على طريقة المناقشة وكيفية توجيه الأسئلة فى المجموعة ٠

ولعل أغلب الاختلافات السابقة فى الطريقة ترجع أساسا الى نوع النظرية التى يعتنقها المعالج النفسى ، وما اذا كانت نظرية أصيلة فى العلاج الجمعى تستند الى صفات المجموعة وديناميات‌ها والى الاعتبارات التى سبق شرحهــا فى الفصل السابق عن « القوى الفعالة فى العلاج الجمعى » أو ما اذا كانت نظرية محورة من احدى نظريات العلاج الفردى يلتزم المعالج بأصولها المذهبية أكثر من تنبهه الى ما للمجموعة من خصائص علاجية مميزة لها !!

والواقع أن هذا الاختلاف النظرى قد أدى الى انشقاق فى حركة العلاج الجمعى بدأ منذ عام ١٩٥٣ ٠ فبعد أن ارتبطت هذه الحركة منذ بدايتهــا (والتى يمكن ارجاعها الى تاريخ عقد أول مائدة مستديرة حول العــلاج النفسى الجمعى بمدينة فيلادلفيا بالولايات المتحدة عام ١٩٣٢) بشــخص « مورينو » العالم النمسوى الأصل والأمريكى بالتجنس ، والذى أطلق على هذا العلاج اسمه الذى عرف به فيما بعد (١) ، وابتكر طريقة السيكودراما أو المسرح التلقائى فى العلاج الجمعى ، وابتكر أيضا أســلوب التخطيط السوسيومترى فى تشــــكيل مجموعات العلاج ، وأرسى لهــذا العلاج قواعده وأصوله المستمدة من ديناميات المجموعة وحركة الأعضــاء وتفاعلاتهم فى داخلها ٠٠٠ بعد أن ارتبطت الحركة بمورينو وأتباعه ، اقتحم هذا الميدان الجديد معالجون من معتنقى مذهب التحليل النفسى واستخدموا فيه أساليبهم الخاصة فى التحليل مع محاولة تطويع هذه الأساليب للعلاج فى مجموعات ، وأسموا طريقتهم الجــديدة « العــلاج النفسى الجمعى

---

(١) Group Psychotherapy

التحليلى (١) » تمييزا لها عن الطرق الأخرى فى العلاج الجمعى ٠٠ وللأسف الشديد فلقد تعذر التوفيق بين المدرستين المختلفتين فى العلاج الجمعى ٠ وقد تأكدت هذه الاختلافات في المؤتمرات الدولية المتعاقبة لبحث مشكلات العلاج الجمعى ، والتى عقد أولها عام ١٩٥٤ بمدينة تورنتو ، والثانى عام ١٩٥٧ بزيورخ ، والثالث عام ١٩٦٣ بميلان ، والرابع عام ١٩٦٨ بمدينة فينا ٠

وجدير بالذكر أن العلاج النفسى الجمعى يمارس فى الوقت الحاضر فى الدول الغربية كما يمارس أيضا ـ منذ أكثر من عشرة سنوات ـ فى أغلب الدول الاشتراكية والشيوعية ٠ وقد تبنى الاتحاد السوفيتيوالدولالاشتراكية الأخرى أسلوب العلاج الجمعى المبنى على نظريات دينامية الجماعات ، ورفض رفضا باتا الأساليب ذات الأصول المذهبية الفرويدية فى التحليل النفسى(٢)٠

وتبسيطا للموضوع ، فاننا سنستعرض الطرق المختلفة فى العلاج النفسى الجمعى خلال تقسيمها الى قسمين متميزين هما :

(ا) الطرق القائمة على المحاضرات والمناقشات ٠

(ب) الطرق القائمة على نشاط المرضى ٠

علما بأن العلاج فى بعض المجموعات قد يلجأ الى مزيج من النوعين السابقين ، وعلما أيضا بأن هذه الطرق تنقسم أقساما أخرى من حيث الاعتبارات التى سبق ايرادها فيما قبل ٠

---

(١) Analytical Group Psychotherapy

ويمكن الاطلاع على وجهة النظر التحليلية فى العلاج الجمعى فى كتاب :

Foulkes, S.H. & Anthony, E.J., Group Psychotherapy — The Psycho-analytic Approach, Pelican Books, (A 370.)

(٢)

Moreno, J.L., An Objective Analysis of the Group Psychotherapy Movement, in : Group Psychotherapy, Vol XIII, Dec. 1960.

طرق العلاج الجمعي القائمة على المحاضرة والمناقشة

تختلف هذه الطرق فيما بينها اختلافات واسعة لا في مادة المحاضرات والمناقشات فحسب ، وانما في كيفية ادارة الجلسات العلاجية ، وهو الأهم .

فبينما يعتمد بعض المعالجين — كما أسلفنا — بالدرجة الأولى على تأثيرهم الشخصي على مرضاهم ، بمعنى أن تصبح المحاضرات التي يلقيها المعالج وتوجيهاته مركز الثقل في أسلوب العلاج .. يعول قسم آخر من المعالجين على أعضاء المجموعة أنفسهم في القاء أغلب الأحاديث وتبادل الآراء في المناقشات — بمعنى أن يصبح محور العلاج هو المجموعة نفسها ، مع أقل تدخل ممكن من جانب المعالج في السبيل الذى تسلكه المناقشات والتفاعل بين أعضاء المجموعة !

ووراء هذه الاختلافات اختلاف جوهري على أساس الطريقة .. فبعض المعالجين يؤمن بضرورة أن يصبح المرضى أنفسهم عوامل فعالة في العلاج ، ترتيبا على ايمانه بالقيمة العلاجية لديناميات المجموعة وتأثير المرضى بعضهم على بعض ، ولذلك يستخدم فنه العلاجي في تهيئة الجو النفسي المواتي للتفاعل الصحي بين المرضى ولتنمية العلاقات الاجتماعية بينهم ، كما يتخير أفراد مجموعته العلاجية على أساس نوع التأثيرات المتبادلة المتوقعة أو المحتملة فيما بينهم . والبعض الآخر من المعالجين — وغالبية هؤلاء من معتنقي مذهب التحليل النفسي — يلتزم بنفس الأسس التي تقوم عليها طريقة العلاج الفردي ويحاول أن يطبقها مع بعض التعديلات الضرورية في ادارة دفة الجلسات الجماعية (ومن ذلك مثلا ما يفعله بعضهم من الادلاء بتعليمات الى المرضى في مبدأ الاجتماعات بأن تجرى مناقشاتهم وأحاديثهم في موضوعات المناقشة على طريقة التداعي الحر المعروفة في التحليل النفسي) . ويؤمن هذا النفر من المعالجين بصفة خاصة بأهمية علاقة التحويل التي تربط شخص

المعالج بكل مريض في المجموعة ، ولا يقبل أن تنتقص المجموعة من قوة هذه العلاقة ! ولا يأبه كثيرا بما للمجموعة من خصائص تميزها بل لا يرى فيها غير التقاء عدد من المرضى معا ، يلقى اليهم بتوجيهاته في وقت واحد ، باعتبار ذلك وسيلة اقتصادية في الادلاء بتعليمات وارشادات العلاج .

أما من حيث مادة المحاضرات والمناقشات ، فاننا نلاحظ وجود اتجاهات شتى بالنسبة اليها ـ وان كان موضوع « العلاقة المتبادلة بين الجسم والعقل » أو « تأثير حالة الفرد الانفعالية على أعراضه الجسمية » يكاد يكون عنصرا مشتركا في مناهج المحاضرات والمناقشات لدى عدد من المعالجين ، كما أن أغلب برامج المحاضرات والمناقشات يشتمل على كثير من الموضوعات التقليدية في المناهج التي تدرس عادة في « الصحة النفسية » .. ومن هذه الموضوعات ، دوافع السلوك ، والشعور واللا شعور ، والحيل الوقائية ، ومغزى الأحلام ، الى غير ذلك من الموضوعات التي يعرفها جيدا الطلاب في دراسات الصحة النفسية .

وفيما يلي بعض نماذج لطرق المحاضرات والمناقشات في العلاج النفسي الجمعي :

● **من هذه الطرق ، مناقشة المجموعة لحالة واحد من أعضائها دون ذكر لاسمه بطبيعة الحال ، أو مناقشة « حالة افتراضية » يطرحها المعالج ويراعي في تركيبها أن تجمع عناصرها بين الصفات الغالبة لأفراد مجموعة العلاج أو بعضهم ، أو مناقشة رأي متطرف لأحد أعضاء المجموعة ، أو مناقشة الايديولوجيا والعقائد الاجتماعية المغالية التي يعتنقها واحد أو أكثر من الأعضاء !**

ويقول « شلدر » بالنسبة للايديولوجيات التي يعتنقها بعض الناس ، باننا نمتصها امتصاصا بطريقة لا شعورية نتيجة لانتمائنا الى جماعات مختلفة

دون أية محاولة من جانبنا ـ فى أغلب الأحوال ـ لاخضاعها للتحليل المنطقى وتبين وجه الخطأ والصواب فيها ·· ويصل الأمر ببعض الناس الى تبنى ايديولوجيات متناقضة تماما (كل منها من أصل اجتماعى يخالف الآخر) دون أن يفطنوا الى ما بين تلك الايديولوجيات من تناقض !

ومن شأن المناقشة العامة فى مجموعات العلاج أن تبصر أفـراد المجموعة بكثير من السخافات والأوهام التى يدينون بها ويتعللون بها أحيانا دون أن يكون لها مبرر من الحجة والبرهان العلمى ! كما تؤدى مناقشة هـــذه الموضوعات فى جو جمعى الى التخفف من مقاومة الأفكار المضادة والى خلع الطابع الموضوعى على المناقشة ·

ومن بين هذه الايديولوجيات التى يهتم « شيلدر » بتدارسها بصفة خاصة فى المجموعة العلاجية ، المفاهيم الخاصة بالسيطرة والخنوع ، والذكـــورة والأنوثة ، والقوة والضعف ، والحب ، والجنس !

● ومن الأساليب الخاصة فى المحاضرة والمناقشة ، ما لجأ اليه « لو » فى مجموعاته التى تستهدف مكافحة الازمان فى الأمراض العقلية والنفسية ، **حيث كان يدعو القدامى من المرضى الى القاء أحاديث على الجـــــدد منهم ،** يقصون فيها خبراتهم مع المرض وكيف تسنى لهم بعد سنوات من الازمان أن يتقدموا نحو الشفاء · وقد وجد أن المرضى يقتنعون بكلام مريض سابق بسهولة أكبر من اقتناعهم بتأكيدات الطبيب لهم بالشفاء ، وأن الطبيب كثيرا ما يتهم بأنه يروج لبضاعته ليس الا وبأن ما يقوله للمرضى هو من قبيل الطمأنة الكاذبة !

● أما « مكسويل جونز » فقد كان يعالج مرضى من الجنود فى الحرب العالمية الأخيرة ممن توهموا أنهم مرضى بالقلب · وكان مما يسر مهمة علاجهم الجمعى تشابههم فى الأعراض المرضية وفى مشكلاتهم الانفعاليـــــة وفى

الظروف المعيشية خلال الحـــرب التى أدت الى تلك المشـــكلات (١)٠ **وقد عقد لهم جونز الندوات والمحاضرات التى شرح فيها** على مدى ١٢ جلسة **عمـــل الجهـــاز العصبى وبعض مبـــادىء التشريح ووظائف الأعضـــاء** ، بالاضافة الى ساعات المناقشة ٠ ويقول فى ذلك :

« كان هناك أمر واضح نتيجة لهذه المناقشات ، وهو أنه قد أمكن — فى جماعة مكونة من مائة مريض يعانون من أعراض مرضية متشابهة — احداث تغيير أساسى فى اتجاه الجماعة نحو هذه الأعراض ٠ وقد أمكن ذلك بفضل استخدام خطة تعليمية خاصة مع هؤلاء المرضى ٠ وصحيح أن الأعراض نفسها لم تختف تماما فى كثير من الحالات ، الا أنه يمكن الجزم بحدوث تعديل جوهرى فى موقف المرضى ونظرتهم الى هذه الأعراض ٠٠ ففى بداية الأمر كان أغلب المرضى يعتقدون اعتقادا جازما بأن أعراضهم ان هى الا نتيجة لمرض بالقلب ، وأن هذا المرض قد أصابهم نتيجة المجهود البدنى العنيف الذى تعرضوا له فى حياة الجندية ٠

ولم يحاول هؤلاء المرضى مطلقا أن يربطوا بين أعراضهم وبين التأثيرات الانفعالية لحياة الجندى فى فترة الحرب ، وانما آمنوا فقط بانهم مصابون بمرض فى القلب ! ولا شك أن لهم كثيرا من العذر فى هذا الاعتقاد ، ففى الواقع أن أى فرد عادى يشكو من ألم فى منطقة القلب ومن قصر النفس حتى اذا لم يبذل مجهودا يبرر ذلك ، ويشكو كذلك من الدوار وسرعة النبض ونوبات الاغماء ٠٠ مثل هذا الفرد يصعب عليه ألا يعتقد أنه مريض بقلبه ، ولا تفلح معه تأكيدات الأخصائيين فى أمراض القلب بأن قلبه سليم ، وقد أعطيت هذه التأكيدات من قبل لمرضانا دون أن يكون لذلك نتيجة تذكر ، وعلى العكس كان المريض يتضرر من مثل هذه الأقوال ويحس أنه متهم بالخبل

---

(١) يمكن الاطلاع على هذا العمل كاملا باللغة العربية ، فى كتاب : مكسويل جونز وآخرون (ترجمة صموئيل مغاريوس) ، مرجع سابق ٠

وبتوهم الأعراض التى يشكو منها ! ٠٠

أما ما كان المريض يحتاج اليه بالفعل ، فهو شرح كامل يســـتطيع أن يقتنع به لمعنى أعراضه ٠ وهذا ما لم يحدث لأى من مرضانا من قبل ، بل ما يستحيل حدوثه فى زيارة واحدة لأى طبيب ! وقد أظهرت تجربتنا أن ما يحتاجه المريض لتفهم هذا الموضوع لا يقل عن ١٢ ساعة من الشرح والمناقشة فى المتوسط ٠ وقد أمكن عن طريق خطة المناقشة التى سرنا عليها أن نغير نظرة أغلب المرضى الى أعراضهم وأن يتوصل هؤلاء المرضى الى درجة من الموضوعية لم يصلوا اليها من قبل » ٠ (١)

وجدير بالذكر أن جونز لم يقف فى طريقته عند حد المحاضرات والمناقشات، بل امتدت خطته الى تنظيم شامل ليوم المريض المستشفى ٠٠ فكانت هناك ساعات العمل بالورشة ، وأوقات الترفيه والسمر ، وأوجه النشاط الحر المختلفة ٠ كذلك قام الجنود بتحرير مجلة خاصة بهم ، وكونوا جماعات للموسيقى والرسم وغيرها من نواحى النشاط التلقائى ٠

وبدأ المرضى ايضا نشاطا تمثيليا ٠٠ « وقد اختير للروايات التمثيلية فى مبدأ الأمر بعض المشكلات الاجتماعية كمشكلة الأبناء غير الشرعيين ومشكلة ادمان الخمور ٠٠ وكان المرضى يؤلفون تمثيليات قصيرة حول هذه الموضوعات، فكانوا يسقطون أثناء كتابتهم لقصصها كثيرا من انفعالاتهم ومشــــكلاتهم الخاصة ٠ ولم يمض على هذا وقت طويل ، حتى برزت الى الوجود ظاهرة جديدة ، فقد أخذ المرضى يكتبون تمثيليات تدور صراحة حول حيــــاتهم الخاصة ومشكلاتهم الشخصية ٠ وكانت هذه بداية اســـــــتخدام الدراما كوسيلة علاجية بالوحدة ، وذلك فى يناير ١٩٤٤ ٠ ومنذ ذلك التــــاريخ أصبحت « السيكودراما » حدثا أسبوعا فى حياة الوحدة ٠ هذا ، ولم نكن

---

(١) مكسويل جونز (ترجمة صموئيل مغاريوس) مرجع سابق ، ص ٢٧ - ٢٨ ٠

في أول الأمر على علم بطريقة استخدام « مورينو » للسيكودراما في أمريكا ، ولو أننا اقتبسنا بعد ذلك كثيرا من طريقته » (١).

● ومن الاستخدامات المثمرة للمناقشة في العلاج الجمعي استخدامها في حالات اللجلجة وعيوب الكلام • وقد اشتهر « جرين » بهذا الاستخدام ، ويقول انه بعد ملاحظة وعلاج ما ينوف عن ٢٥٫٠٠٠ حالة خلال ثلاثين سنة من الخبرة بأمراض الكلام يستطيع أن يقطع بأن اللجلجة هي نـــوع من « العصاب الاجتماعي » وأنها ليست سوى المظهر العضوي لاضطراب في شخصية المريض وعلاقاته الاجتماعية • وبغض النظر عن الأسباب المؤدية الى اللجلجة في كل حالة على حدة ، فان شخصية المريض الذي يعاني من هـــذا العيب يميزها دائما عدم الشعور بالأمن ، واحساسات القلق المزمنة ، وسرعة التأثر ، والتمركز الشديد حول الذات ، والمعاملات التي تتصف بقصور في النضج الانفعالي ، والخوف والتهيب الزائدين من المواقف الكلامية عادة — تلك هي الملامح المشتركة في شخصية المصابين باللجلجة ، وهذه الملامح العـــامة أجدر باهتمام المعالج النفسي — في رأي جرين — من محاولة البحث عن العلل والمسببات ، كما أن هذه الشخصية السابق وصفها هي بالذات ما يحاول المعالج التأثير عليه عن طريق العلاج الجمعي •(٢)

والواقع أن تشابه العوارض وتشابه أنماط الشخصية للمصابين باللجلجة يخلق موقفا نموذجيا لعلاجهم جميعا ، كما أن العلاج الجمعي يتيح لهم فرصة مكافحة العارض الذي يشكون منه في نفس الموقف الأصلي الذي يستثير هذا العارض (أي في مواقف كلامية) •

وقد قام المؤلف الحالي بتجربة العلاج الجمعي مع بعض المصابين باللجلجة

(١) مكنسويل جونز ، مرجع سابق ، ص ٢٨ — ٢٩ •

(٢) صموئيل مغاريوس ، العلاج الجماعي لحالات اللجلجة ، في : مجلة الصحة النفسية ، ديسمبر ١٩٦٠ ، ص ٢١ — ٢٦ •

من بين حالات العيادة النفسية بكلية التربيـــة (١) ، **وكانت المناقشات فى المجموعة العلاجية تدور فى مبدأ الأمر حول بعض المشكلات الاجتماعية العامة، ثم تدرجت خلال جلسات العلاج الى مناقشة المشكلات الخاصة لأفراد المجموعة ·**
ومن الملاحظات الطريفة أن أفراد المجموعة كانوا يبذلون مجهودا عسيرا فى اتمام عبارتهم مهما كلفهم الأمر ، وكان بعضهم يحاول مساعدة غيره ويتم له عبارته اذا توقف عن الكلام ، وكانوا جميعا يصابرون ويجاهـــــــدون ويظهرون تحملا كبيرا الواحد منهم للآخــــر · كذلك فان بعض المرضى الذين كانوا يبدون فى المقابلة الفردية متجهمين فاترين قد تحولوا بعد عدد قليل من الجلسات الجمعية الى الابتسام والمؤانسة والمبادرة الى الحـــديث وابداء المقترحات · ونشأت عدد من الصداقات بين أفراد المجموعة امتدت الى خارجها · وأدى هذا العلاج الى تحسن ملموس فى أغلب الحالات ·"

---

(١) صموئيل مغاريوس ، المرجع السابق ·

طرق العلاج القائمة على نشاط المرضى

لا يكتفى فى العلاج الجمعى عادة بالمناقشات التى تدور فى مجموعات العلاج وما يمكن أن ينشأ داخل هذه المجموعات من علاقات مساندة وتأثيرات متبادلة بين المرضى ، بل تردف جلسات العلاج الجمعى بأنواع مختلفة من نشـــاط المرضى العملى والترويحى والاجتماعى فى كثير من الأحيان . ويدور هـــذا النشاط فى « الأندية العلاجية » الخاصة التى يلحق بعضها بالمستشفيات ، والتى من بينها أيضا أندية منفصلة يلجها المرضى ويلجها كذلك أصدقاؤهم وأقاربهم فى بعض الأحيان .

● وقد يكون العلاج القائم على النشاط الجانب الأكبر من العلاج الجمعى فى حالات خاصة ، كما هو الحال فى الأسلوب الذى يتبعه « سلافسون » مع الأحداث الجانحين .. وقد بدأ « سلافسون » من نقطة أن عدوان هؤلاء الأحداث على المجتمع ليس سوى رد الفعل الطبيعى لعدوان واقع عليهم من السلطة ، وأنه اذا نجح العلاج فى تعديل المناهيم المترسبة عندهم عن السلطة وأقنعهم بوجود أشكال أخرى لها غير القوة الغاشمة ، فانه يكـون قـــد وضعهم بذلك على أول الطريق لتعديل سلوكهم العـــــدوانى واتجاهاتهم المضادة للمجتمع . ولم يلجأ « سلافسون » فى ذلك الى المحاضرات والمناقشات بل الى السلوك العملى المقنع ، **فقد هيأ لمجموعاته العلاجية جوا ســـمحا الى أقصى حدود السماحة وأوصى المشرفين على النشاط فى هـــذه المجموعات بأن يبدوا الحب بغير حدود لهؤلاء الأحداث وأن يتقبلوهم على علاتهم دون تأنيب أو لوم على أخطائهم** !! .. وكان لابد من هذا التطرف فى البداية ، حتى يتمكن هؤلاء الصبية من أن يخبروا نوعا من العلاقات الأسرية البديلة يخالف تماما النماذج الأسرية ونماذج السلطة الأخرى المألوفة لهم ، وحتى يتكشف لهم بالتدريج أنهم فى غير حاجة الى أنماطهم السلوكية القديمة التى كانت وسائلهم الدفاعية ضد المعاملة المجحفة التى لقوها فى بيئاتهم الأصلية !

بعد هذا يبدأ المشرف على المجموعة فى ادخال أنواع من الضغوط المتدرجة والحرمان والاحباط (مثل ادعائه فى احدى المرات بنسيانه لمفاتيح الدولاب المحتوى على بعض أدوات اللعب) ينتقل بها الحدث من مجموعة الحـــرية المطلقة الى مجموعات أكثر تقييدا ، ويهيأ تدريجا للعودة الى العالم الخارجى بحلوه ومره !

ومن بين ألوان النشاط التى تستخدم فى هذه المجموعات ما يساعد على تفريغ النزعات العدوانية ، كنشاط الملاكمة واستخدام الصلصال والرسم كوسط للتعبير عن العدوان ·

● على أن أشهر أساليب العلاج الجمعى النشـــطة على الاطـــلاق ، « **السيكودراما** » أو **التمثيلية النفسية (١)** ·

وقد أنشأ « مورينو » أول مسرح علاجى لتقديم السيكودراما عليه ، عام ١٩٢٧ بالولايات المتحدة ، حيث كان المريض يمثل طرفا من مسرحية حياته بينما يقوم الممرضون والممرضات وبعض المرضى الآخرين بالأدوار المساعدة التى يتطلبها الموقف ·

ومنذ أنشىء هذا المسرح العلاجى الأول ، تطورت فكرة العلاج باستخدام التمثيل وظهرت لها تطبيقات ووجوه استخدام شتى · وقد أسهم فى هـــذا التطور « مورينو » وتلاميذه ، كما أسهم فيه من المعالجين الانجليز بصفة خاصة « مكسويل جونز » ·

الصور المختلفة للعلاج باستخدام التمثيل :

وفيما يلى أهم الصور التى تطور اليها استخدام التمثيل فى العـــلاج النفسى :

---

(١) انظر : صموئيل مغاريوس ، استخدام التمثيل فى العلاج النفسى ، صحيفة التربية ، نوفمبر ١٩٥٥ ·

١ - يختار المعالج موقفا من المواقف المشحونة انفعاليا أو ذات الدلالة الخاصة في مشكلة المريض ، ويحيط احاطة تامة بتفاصيل هـذا الموقف • ويسند دور المريض فى الموقف اليه شخصيا ، كما تسند الأدوار المساعدة الى الأشخاص الذين اشتركوا فيه اشتراكا فعليا لو أمكن ذلك ، أو الى بعض المرضى الآخرين أو الممرضين والممرضات بعد أن يشرح المعالج لهم طبيعـة الدور المطلوب أداؤه •

ويتكرر تمثيل هذا الموقف الخاص على عدة أيام حتى يتعوده المريض وحتى تتم عملية (التفتيت) والتحلل التى بواسطتها يفقد هذا الموقف حـدته السابقة وفاعليته كعنصر من عناصر القلق والتوتر فى حياة المريض •

والدراما النفسية بهذه الصورة تهدف الى الاستزادة من استبصار المريض ببعض المواقف والمشكلات ، عن طريق تلقائية التعبير الحر ، والاستغراق فى دور معين ، وتكراره عددا من المرات حتى يصل المريض الى الاستبصار المناسب وتهدف أيضا الى استبصار المرضى الآخرين ممن يقومون بالأدوار المساعدة بمشكلات واحد منهم مما يمهد فى كثير من الأحيان لزيادة استبصـارهم - أنفسهم - بمشكلاتهم الخاصة •

كذلك تفيد المناقشة التى تقوم بين جمهور المرضى من مشاهدى التمثيلية من جانب وبين المريض صاحب قصتها من جانب آخر ، فى تحقيق أغراض تفريغية بالنسبة لجميع هؤلاء ، وفى تعديل كثير من مدركاتهم واتجاهاتهم النفسية •

وبديهى أن العلاج يتطلب فى هذه الحالة أن يحيط المعالج احاطة تامة بقصة المريض الكاملة ، وأن يكون قد توصل - قبل الشروع فى التمثيل - الى بعض الفروض عن العوامل الأساسية المؤثرة فى حالة المريض ، وأن يتخير للدراما النفسية تلك المواقف التى تميزها شحنات انفعالية قوية والتى تدل الدلائل على أنها ذات أهمية خاصة فى مشكلة المريض •

ويصر « مورينو » على أن السيكودراما يجب أن تعتمد على التلقائيـــة (لا التلقين أو الاعداد السابق) حتى يتمكن المعالج من دراسة ردود الفعـل الأصلية للمريض وحتى يتحقق للمريض مزيد من الاستبصار والتفريغ .

٢ - وفى استخدام آخر للدراما النفسية ، يستفاد من فكرة « الأدوار المتعاكسة » فى تعديل بعض الاتجاهات النفسية ، فيعهد مثلا الى شخص يتصف بالنزعة العدوانية والسلوك المسيطر بتمثيل أدوار تحتاج الى المسالمة وأخذ الأمور باللين ، أو يطلب الى آخر طابعه الانطواء والخنوع أن يقوم بأدوار تحتاج الى الدفع والسلوك الايجابى . والغرض من ذلك أن يخبر الأشخاص المختلفون أنماطا من السلوك تخالف ما عهدوه ، للحد من تطرفهم فى اتجاه من الاتجاهات الى الدرجة التى تعوقهم عن التكيف الاجتماعى المناسب !

ومن تطبيقات هذه الفكرة أن يطلب الى مرءوس أن يقوم بدور رئيســـه فى العمل ، أو الى الابن أن يتخذ موضع أبيه فى موقف من المواقف التى نشأت بينهما . وكثيرا ما يفيد ذلك فى تفهم صاحب المشكلة لوجهة نظـر الطرف الآخر ، وفى تخلصه من تمركزه حول ذاته ومن الأنانية المسرفة التى تميز كثيرا من المرضى النفسيين وتدفعهم الى أخذ الأمور من زاويتهم الخاصة وحدها .

٣ - وفى استخدام ثالث للدراما النفسية ، يعرض المعالج على المريض موضوعا للمناقشة ، يتخيره تخيرا خاصا بحيث تستثار عن طريق مناقشته بعض الاتجاهات الجامدة التى يعرفها المعالج عن مريضه (اتجاهات دينية أو اجتماعية مسرفة مثلا) . ويستعين المعالج بمن ينتخبهم لاجراء المناقشة مع المريض ، على اتاحة الفرصة لهذا الأخير للتعبير الصريح عن نفســـه ، وللافصاح عن معتقداته واتجاهاته والدفاع عنها .. وفى هذا مجال للتفريغ النفسى ، وفيه أيضا فرصة لاستماع المريض الى وجهات نظر مختلفة فى الموضوع ، وادراكه لوهن الأساس الذى بنى عليه آراءه المسرفة .

ويحسن أن يسجل ما يدور من أحاديث ومناقشة على شريط تسجيلى ٠ ولذلك غرضان ، الأول أن يتاح للمعالج ان يقوم بدراسة تفصيلية للمناقشات ليستزيد معرفة بمريضه وليتمكن من تحديد خطواته التالية فى العلاج على أساس علمى سليم ، والثانى أن يصبح فى الامكان اعادة الأحاديث على أسماع المريض مع تقدم العلاج ليتأمل المريض ما سبق أن تمسك به من معتقدات واتجاهات ثابتة وليتأكد بنفسه مما أصابه من تحسن وتقدم !

٤ — **ويستخدم المسرح النفسى أيضا فى تهيئة المريض لموقف يتهيبه ويوشك أن يتعرض له فى القريب العاجل** — وذلك بتمثيل هذا الموقف والتعود عليه والتدرب على احتمالاته المختلفة ٠

وقد استخدمت السيكودراما على هذا الوجه فى معالجة فزع الجنود المسرحين بسبب المرض النفسى ، وتهيبهم مواجهة أقاربهم وأصدقائهم ومعارفهم والاجابة عن تساؤلاتهم عن الأسباب التى دعت الى تسريحهم ، فضلا عن تخوفهم من مشكلات العودة الى الحياة المدنية عموما وفى مقدمتها مشكلة البحث عن عمل جديد !!

٥ — **ومن التطبيقات الهامة للدراما النفسية صورتها المعروفة « بالسوسيودراما »** وهى الدراما التى تعالج مشكلة عامة لعدد من الأفراد ، أو اتجاهات وجدانية خاطئة مشتركة بين مجموعة من الناس ٠ وقد نشط العلاج السوسيودرامى فى الحرب العالمية الأخيرة مع الجنود ذوى الحالات المتشابهة وكذلك مع المدنيين الذين استبد بهم الفزع من الغارات الجوية ، كما قاسوا من شظف العيش والكوارث التى تصاحب الحروب عادة ٠

والواقع أن « الدراما الاجتماعية » من أنسب أنواع العلاج التفريغى للتطبيق على الجماعات التى يعيش أفرادها فى ظروف موحدة ٠ ويجب أن تتخذ طريقها الى نوادى الشبان والشابات ومؤسسات الأحداث وما شابهها كوسيلة

علاجية ووقائية لحل مشكلات هذه الجماعات وتوتراتها الداخلية وكذلك لوقاية أفرادها من الاضطرابات النفسية التى تنجم عن الهزات والتحولات الاجتماعية السريعة المفاجئة •

بقى أن نشير الى بعض الاشتراطات والاحتياطات التى ينبغى مراعاتهــا فى استخدام التمثيل فى العلاج • وأولها أن السيكودراما يجب أن تهدف دائما الى تأثير علاجى يشمل الممثلين أنفسهم بالدرجة الأولى كما يشــمل جمهور المرضى من المشاهدين كذلك — وهى فى هذا تختلف عن التمثيل العادى الذى يهدف أصلا الى تسلية النظارة ، وقد يلجأ أحيانا الى القاء المواعظ والحكم الدارجة •• وثانى هذه الاشتراطات أن الدراما النفسية يجب أن تعتمد على التلقائية — كما سلف القول — حتى تحقق أغراضها العلاجية • وأخيرا تجدر الاشارة الى ما يتطلبه اختيار المواقف السيكودرامية من حذق شديد من جانب المعالج الذى يجب أن يتفادى فشل المريض واحتمال انهياره على المسرح اذا ما دفع مرة واحدة الى تمثيل المواقف العنيفة المربكة ، فالأدوار الأولى التى يعهد بها للمريض يجب أن تكون من الأدوار الليــنــة التى لا يخشى من تأثيرها الانفعالى عليه ، ويجب أن ينجح المريض فى هذه الأدوار الأولى حتى يتشجع على تخطى العقبات التالية وعلى مواجهة مواقف أكثر عنفا • وقد يحسن فى بعض الحالات أن يتولى شخص غير المريض القيام بدوره الأصلى فى أحــد المواقف •• والمرجع فى هذا كله الى فطنة المعالج وحسن تقديره وخبــرته بمريضه وبالعلاج الدرامى •

« تجربة السيكودراما فى معهد للضعف العقلى بالاسكندرية »

قام المؤلف بهذه التجربة (١) فى «معهد درة للتربية الفكرية» بالاسكندرية، وهو أول معهد تعليمى أنشىء لضعاف العقول فى ج٠ع٠م ٠٠ وقد كان لنا حظ العمل خبيرا نفسيا بهذا المعهد فترة محدودة من الوقت ، قمنا فيهـــا ببعض المحاولات لاستخدام الأساليب السيكودرامية والأساليب التى تعتمد على تلقائية الأطفال عموما ، مع ضعاف العقول من الأطفال الذين تتراوح سنهم بين العاشرة والثالثة عشر ، وتتراوح نسبة ذكائهم بين ٥٠ ، ٧٠ أى أنهم كانوا من فئة « المورون » القابلين للتعلم ٠

وقد كانت المواقف التمثيلية التى اخترناها للتجربة على مستويين — وعلى المستوى الأول كان الهدف استخدام التمثيل والتلقائية للوصول الى استجابات واعية من جانب الأطفال لبعض المواقف الاجتماعية ٠ وحللنا هذا الهدف الى ما يلى :

(ا) استخدام التمثيل فى تحليل بعض مواقف الحياة اليومية وموضوعات البيئة الخارجية لادراكها ادراكا أوفى وأوعى ٠

(ب) استخدامه فى تبصير الأطفال بالأدوار التى يضطلع بها الموظفـــون العموميون وأصحاب المهن والحرف المختلفة فى المجتمع (رجل الاسعاف ، النجار ، ساعى البريد ، الخ ٠٠)

(حـ) استخدامه فى تنمية القوى الادراكية الابداعية عند الأطفال ٠ أى أننا اتجهنا بتجربة التمثيل على هذا المستوى وجهة معرفية ادراكية ٠

أما على المستوى الثانى فقد كان الهدف أكثر طموحا — وخاصة بالنسبة

---

(١) صموئيل مغاريوس ، الأساليب التمثيلية فى تربية وعلاج ضعاف العقول ، صحيفة التربية ، مارس ١٩٥٦ ٠

الأطفال قاصري العقل — حيث إتجهنا بالمواقف التمثيلية إلى تصوير وعـــلاج بعض المواقف التي تصطبغ بشحنات انفعالية قوية في الحياة الخاصـــــة لهؤلاء الأطفال ، أى أننا قصـــدنا الى معنى قـبــريب من المفهوم المألوف للسيكودراما ٠

هذا ، وقد التزمنا فى جميع المواقف التمثيلية — على المستويين الأول والثانى — بشرطى التلقائية والتعبير الحر غير المقيد ٠ فلم يكن هناك كلام يملى على الأطفال ، ولم تستخدم (البروفات) من أى نوع ، ولم نتقيد بشىء ما من وسائل المسرح العادى ، وانما استعان الاطفال بالأدوات والموضوعات المحيطة بهم فى حجرة الدراسة ، واستخدموا خيالهم فى خلع صفات معينة على هذه الموضوعات — فهذا الركن من الحجرة هو قسم الشرطة ، وهـــذه الصورة المعلقة على الجدار محطة من محطات الأوتوبيس ، وحيث توجــد صيدليتهم الصغير بالفصل اعتبر مستشفى ، وهكذا ٠٠

ونسوق فيما يلى الأمثلة لبعض المواقف التى قام الأطفال بتمثيلها على كل من المستويين الأول والثانى ٠

المستوى الأول :

١ — مثل الأطفال حادث تصادم بين دراجة وسيارة ، فتناقشوا أولا فى قصة الحادث حيث وجهوا بعض الشىء خلال هذه المناقشة ٠ ثم وزعت عليهم الأدوار المختلفة ، فقام واحد بدور « سائق السيارة » وآخر بـــدور « سائق الدراجة » وقام آخرون بأدوار « عابر الطريق » الذى قام بتبليغ الحادث تليفونيا للاسعاف والشرطة و « رجال الاسعاف » الذين قاموا بالاسعاف الأولى لسائق الدراجة المصاب ثم نقلوه بسياراتهم و « شرطى المرور » الذى حقق الحادث و « الطبيب » الذى تولى الكشف والعلاج و « الممرضة » — التى رغب الأطفال أن تقوم مدرستهم بدورها — و «أقارب المصاب » الى آخر الأشخاص المختلفين الذين يمكن ادماجهم فى هذا الموقف ٠

وقد أعيد تمثيل الحادث عددا من المرات مع تغيير أشخاص الأطفال الذين يقومون بالأدوار المختلفة ، وذلك لاتاحة الفرصة لكل طفل للاضطلاع بأدوار أكبر عدد ممكن من شخصيات القصة .

ولوحظ أن درجة اتقان التمثيل واستيعاب الأطفال للمواقف المختلفة وكذلك نوع الأفكار التى عبروا عنها ، كانت تتقدم تقدما مطردا بتكرار التمثيل . كما لوحظ أن بعض الأطفال كانوا أكثر اجادة من غيرهم على وجه العموم ، وكان هؤلاء الأعلى فى التحصيل الدراسى فى فصلهم وفى نسبة الذكاء . كذلك كان بعض الأطفال يمثلون مواقف معينة خيرا من تمثيلهم لمواقف أخرى ، الا أن الأطفال عموما كانوا مشوقين الى تأدية أدوارهم واندمجوا فيها اندماجا تاما أو شبه تام .

وقد أتاح تمثيل هذا الحادث وسيلة تعليمية لكسب كثير من الخبرات عن المجتمع بطريقة لا تتأتى فى التعليم بالوسائل المألوفة ، وخاصة بالنسبة لأطفال من ضعاف العقول .

وكان من بين هذه الخبرات استخدام التليفون ، وأسباب المصادمات وحوادث الطريق وطرق توقيها ، وواجب الشخص الذى يصادف حادثا فى الطريق العام ، وعمل شرطى المرور ورجل الاسعاف والطبيب والممرضة وغيرهم .

ومع أن التمثيل فى هذه الحالة لم يهدف أصلا الى تأثيرات نفسية ، الا أننا شعرنا أن انفعال الأطفال لموقف الحادث وتمثيلهم لأدوار رجال الاسعاف وأقارب المصاب وبعض الأشخاص الآخرين ، قد هيأ لهم بعض التبصر بأحاسيس ووجدانات الأشخاص المختلفين فى القصة الى جانب ادراكهم للأعمال والوظائف التى يقوم بها هؤلاء الأشخاص . ولعل فى اختيار الأطفال لمدرستهم للقيام بدور « الممرضة » رمزا الى نظرتهم للمدرسة كبديلة للأم فى حياتهم اليومية بالمعهد !

٢ ـ استخدمنا لهذا الموقف الثاني لعبة من الألعاب التى تحتـــاج الى فريقين متبارين فى ساحة الملعب ٠٠ يتفق أعضاء أحد الفريقين فيما بينهم على تمثيل حرفة من الحرف الشائعة ولتكن « النجارة » فيوزعون الحركات المستخدمة فى النجارة عليهم ، حيث يمثل أحدهم حركة المنشار وآخر حركة نزع مسمار وثالث حركة الأزميل وهكذا (دون استخدام الأدوات نفســـها بالطبع) ـ ثم يقوم أفراد الفريق الآخر بمحاولة اكتشاف مرمى الحركات التى يقوم بها أفراد فريق التمثيل ، وربط هذه الحركات لاستنتاج الحرفة التى تتألف منها معا ٠٠ فاذا ما أدلى أحد أفراد فريق الاستنتاج بالاجابة الصحيحة، سارع أفراد فريق التمثيل الى الجرى الى خط معين ، وجرى الآخرون خلفهم محاولين اقتناص أكبر عدد من الأسرى قبل هذا الخط ٠ ويتبادل الفريقان بعد ذلك التمثيل والاستنتاج وكذلك الهرب من الفريق الآخر واللحاق به !

وقد أبدع الأطفال أيما ابداع فى نوع الحرف والوظائف الاجتماعية التى اختاروها خلال لعبهم وكذلك فى تمثيلها بحركات حاذقة يصعب استنتاج مرماها للوهلة الأولى ٠ وكان فى كل من التمثيل والاستنتاج مجال واســـع لاستخدام القوى الابداعية الابتكارية استغله الأطفال أحسن الاستغلال حتى أن المراقب لهم يكاد يشك فى أنهم من ضعاف العقول ، ويذهل لامتلاكهم لهذه القوى الابداعية ٠٠ أما المتعة التى أحسها الأطفال خلال ذلك ، فليس أدل عليها من الحاحهم فى الأيام التالية على تكرار هذه (اللعبة) المحببة !

هذان مثلان لاستغلال التلقائية والمواقف التمثيلية الحرة فى اتاحة الفرصة لنمو ادراكى متعدد الأبعاد ، وفى معاونة الأطفال على تحليل مواقف الحياة اليومية وموضوعات البيئة ، وعلى التبصر بأدوار وأحاسيس الشخصيات الاجتماعية المختلفة ٠ ونشعر أن التمثيل قد نجح فى احداث هذه الآثار مع ضعاف العقول بما لم تنجح به طريقة تعليمية أخرى معهم ٠

المستوى الثانى :

١ - لوحظ أن عددا كبيرا من أطفال مجموعتنا ينتمى الى أسر مفككة أو الى آباء أهملوا الطفل اهمالا تاما ، كما أن من المعروف أن كثيرين من آباء ضعاف العقول يسيئون معاملة أطفالهم عادة ، فبعضهم يبالغ فى العطف على طفله ويشوب القلق والجزع جميع سلوكه نحوه ، وأغلبهم يبالغ فى اهانة الطفل وتحقيره ويسلك سلوكا يفصح عن الرغبة فى التخلص منه •

والملاحظات السابقة تشير الى مراكز الهجوم التى رأينا أن يتجه اليهـا التمثيل على المستوى الثانى مع هؤلاء الأطفال ، ونعنى بها المواقف المشحونة انفعاليا المرتبطة بالأسرة وعلاقات أفرادها وبالمعاملة التى تلقاها الأطفال فيها •

واذا أدخلنا فى الاعتبار صعوبة استخلاص ظروف الأطفال محـدودى الذكاء بطريق التحادث معهم ، والرأى السائد عن استحالة اجراء التحليل النفسى مع ضعاف العقول ، فان السيكودراما تصبح وسيلة ذات شأن خاص فى حالتهم وأهمية قد تزيد عن أهميتها فى مجالات أخرى !

ونستطيع القول بأن السيكودراما بالصورة التى اسـتخدمناها أتاحت فرصة فريدة انتفع منها كل من الأطفال والمعالج - فمن وجهة نظر المعالج ، كانت الألفاظ التى عبر بها الأطفال عن مكنونات ذواتهم فى المواقف التمثيلية ذات دلالة لا تقيم فى التشخيص ، ومن الناحية الأخرى شعرنا أن الأطفال قد أفادوا كثيرا من تفريغ احساساتهم ومشاعرهم المرتبطة بالمواقف الأسرية التى مثلوها ، كما ساعد استخدامنا لطريقة « الأدوار المتعاكسـة » على استبصار الأطفال بمشاعر واحساسات الأطراف الأخرى فى عـلاقاتهم الأسرية •

والمثل الآتى يوضح لما نقول :

اختير طفلان وعهد الى أحدهما تمثيل دور « الأب » والى آخر دور « الابن » وطرح أمامهما هذا الموقف للتمثيل (ابن غاضب من أبيه - لماذا ؟) وترك الطفلان للتعبير الحر دون أى تدخل أو مساعدة •

فلما انتهى هذا الفصل ، طلب من ممثل الأب أن يمثل الابن وبالعكس ، وطرح أمامهما الموقف المضاد (أب غاضب من ابنه - لماذا ؟) •

وبتجربة هذين الموقفين مع عدد كبير من الأطفال ، حصلنا على استجابات اختلفت باختلاف الأطفال ، فكان لها دلالتها على ظروفهم ومشكلاتهم الأسرية !

ومن المواقف التى جربت أيضا هذا الموقف (زوج غاضب من زوجته - لماذا ؟) والموقف المضاد (زوجة غاضبة من زوجها - لماذا ؟) ومواقف أخرى شبيهة تتضمن أنواعا شتى من الانفعالات والعلاقات داخل الأسرة •

ولقد شارك الأطفال بحماس فى التمثيل • وكان الذى وقر فى أذهانهم أنهم يؤدون درسا من دروس التمثيل فبالغ بعضهم فى استخدام خياله ، ولم تخل عباراته مع ذلك من مغزى يرتبط بمواقف حياته الخاصة • وقد كانت السيكودراما بذلك وسيلة اسقاطية من الطراز الأول ، وكان لها بهذا الوصف أهمية كبيرة فى تشخيص الصعوبات الانفعالية للأطفال ، وخصوصا اذا أضيفت المعلومات المستنتجة منها الى مايمكن استنتاجه من رسوم الأطفال التلقائية ومن لعبهم التلقائى فى أوقات فراغهم ؛ حيث يسقط الأطفال فى ذلك أيضا انفعالاتهم ومشاعرهم •

الفصل الثامن

تشكيل المجموعة العلاجية

اذا كان العلاج الجمعى يعتمد على التفاعلات والتأثيرات المتبادلة بين أفراد مجموعة العلاج ، فان « الفن » الحقيقى فى هذا العلاج والمحور الأول الذى يدور حوله هو فى « اختيار » أفراد المجموعة العلاجية و « توفيقهم » بعضهم الى بعض ، بحيث يؤثر كل فرد على المجموعة تأثيرا مرغوبا فيه ، وبحيث يتأثر كل فرد - فى الوقت نفسه - بالأفراد الآخرين تأثرا مناسبا لعلاجه • وليس ذلك بالفن السهل ، بل انه لأمر يتطلب كثيرا من الحذق والمهــــارة والدراية بالأنماط الشخصية المختلفة والقدرة على التنبؤ بنتائج التفاعل بين الشخصيات وبين أنواع الخبرات والاتجاهات والتأثيرات •• وهو بعد ذلك أمر يحتاج الى الكثير من التجريب والمحاولة حتى يصل المعالج الى « التوليفة » المحكمة المضبوطة لأعضاء مجموعة العلاج !

ونستعرض فيما يلى أمثلة لما يلجأ اليه بعض المعالجين فى سبيل تشكيل مجموعات العلاج :

تعمد « سلافسون » وهو الذى اشتغل بالعلاج الجمعى للأطفال والأحداث، **أن تضم مجموعاته أربعة عناصر من الأطفال - قسم منهم ممن يتصــــفون بالعدوان ، وقسم ثان ممن يتميزون بالايجابية والنشاط ، وقسم ثالث من الأطفال الانسحابيين ، وقسم رابـــــع ممن يمكن أن نســـــميهم عاديين أو متوسطين •**

ومن رأيه أن هذا التشكيل يحقق للمجموعة التوازن ، وأن المجموعة اذا اقتصرت على الأطفال الانسحابيين وحدهم فان أغراض العلاج لا يمكن لها أن تتحقق ، اذ أن كل فرد فيها سيتجه الى الانعزال وتوظيف نفسه فى عمل

خاص . أما اذا تشكلت المجموعة من غالبية من ذوى الميول العدوانية فان سلوكها يقترب فى هذه الحالة من « الهستيريا الجماعية » !

ويراعى « سلافسون » أيضا فى تشكيل مجموعاته التقارب فى مستوى النضج الوجدانى والاجتماعى ، وذلك بغية تحقيق توزان المجموعة وتيسيرا للتفاعل بين أعضائها . ويلفت النظر الى وجوب اعادة تشكيل المجموعة متى تبين أن تشكيلها القائم يؤدى الى تدعيم مشكلات بعض أفرادها ، أى بعد التجربة الواقعية .

ويقر « آكرمان » وجهة نظر « سلافسون » من حيث أفضلية اشتمال المجموعة على عدد من الخجولين الى جانب أعضائها العدوانيين على أساس استفادة كل فئة من اطلاعها على نموذج سلوك الفئة الأخرى . ويضيف أنه من المفيد أحيانا **تضمين المجموعة فردا أو أكثر يمثل نمطا معينا من السلوك أو يكون له تأثير انفعالى خاص مرغوب فيه .**

ويهتم عدد من المعالجين - وأغلبهم ممن يعتمدون على طريقة المحاضرة والشرح - بأن **تكون المجموعة متجانسة من حيث الناحيتين الذهنية والاجتماعية** ، وذلك حتى يتسنى للمعالج أن يحادث أفراد المجموعة على مستو يناسب الجميع . ورأى هؤلاء شبيه بالرأى الذى ينادى - فى التعليم - بتقسيم تلاميذ الصف الواحد الى فصول متجانسة من حيث الذكاء تيسيرا لمهمة المدرس فى الشرح واعداد الدروس . وبديهى أن هذا الشرط الذى قد يكون مفيدا اذا قام التعليم على الاستماع لشرح المدرس ، لا يصبح أساسيا اذا قام التعليم على نشاط التلاميذ واشتراكهم فى أساليب عملية لاكتساب المعرفة والمهارة . ومثل ذلك تماما يقال عن العلاج الجمعى واعتماده على نشاط المرضى وفاعلياتهم وتفاعلهم معا أو اعتماده على سلبية المرضى ونشاط المحاضر وحده !

ويختار بعض المعالجين مرضاهم للمجموعات على أساس **تشابه الأعراض**

ـ وبخاصة في حالات معينة كعيوب الكلام ـ أو على أساس **تشابه أنماط الشخصية** ويختار البعض الآخر أفراد مجموعات العلاج على أساس **عدم التجانس في الأعراض والمشكلات وتعمد الجمع بين أنماط شخصية معينة من المرضى** • ويرى فريق ثالث أن التشخيص والأعراض المرضية لا ينبغى أن تكون أساسا لاختيار المرضى للمجموعات العلاجية ، وأن **اعتبـــارات الأساسية لهذا الاختيار هى ما اذا كانت شخصية المريض وحالتـــه العـــامة تؤهلاه للانخراط فى المجموعة ، وما اذا كان قد بلغ مرحلة ـ فى علاجه الفردى ـ تهيئه لذلك ، وأخيرا ما لم تكن هناك اعتبارات خاصة تجعل وجوده وسط الآخرين مثيرا أو مزعجا لهم !**

ونجد كذلك فى بعض صور العلاج الجمعى كالأندية الاجتماعية العلاجية شتاتا من المرضى وأصدقائهم وأقاربهم • ويقول « بيرر » صاحب فكرة هذه الأندية أن من مزايا ذلك أن عددا غير قليل من الأقارب والأصدقاء الذين يستدعيهم المرضى لمشاركتهم فى اجتماعات النادى العلاجى ، هم فى حقيقة الأمر مرضى فى المراحل المبكرة للمرضى ، وهى المراحل التى يتمنى المعالجون لو قابلوا مرضاهم خلالها قبل أن يستفحل بهم المرض !!

كذلك نجد تفاوتا كبيرا فى حجم المجموعات العلاجية • فبينما يدعو عدد من المشتغلين بالعلاج الجمعى الى عدم زيادة عدد أفراد المجموعة عن ثمانية (وبعضهم يفضل أن يقتصر عددهم على خمسة فقط) حتى لا يصبح جـــو المجموعة مشحونا بالحركة وبالتيارات المتعارضة أكثر مما ينبغى ، نرى أن حجم بعض مجموعات المحاضرات يصل الى ٤٠ أو أكثر (وقد وصل هذا العدد الى مائة مريض فى محاضرات جونز السابق الحـــديث عنهـــا)

ويعلق « سنودن » على الأوضاع السابقة المتعددة بقوله ، **ان هـــدف**

العلاج هو الذى يحدد فى الواقع حجم المجموعة ونوع تشكيلها المتجانس أو غير المتجانس وما اذا كان يحسن أن يكون أفرادها متشابهين فى مشكلاتهم الانفعالية أو يمثلون أنماطا سلوكية متناقضة ٠

أما « مورينو » فيرى رأيا آخر فى الموضوع برمته — ذلك أنه وقد بنى نظريته فى العلاج الجمعى أساسا على العلاقات الاجتماعية التى تنشأ بين المرضى ، فقد أنشأ لهذه العلاقات مقياسا أسماه « الاختبار السوسيومترى »(١) وهو أداة لتشخيص الجماعة كما هو أداة لدراسة الشخصية الفردية أثناء تفاعلها الحركى ، أى أثناء تعامل الفرد مع غيره من الأفراد ٠

ويترتب على تطبيق هذا المقياس امكان اعادة تنظيم الجماعة بحيث تتحقق لها الوحدة والترابط ، أو بحيث يصبح النظام الجديد أكثر عونا للجماعة على تنفيذ أغراضها ٠ وبالنسبة للفرد ، يترتب على هذا التطبيق دراســة التأثيرات المختلفة لوضعه الخاص فى الجماعة ، وامكان نقله — اذا لزم الأمر — الى الجماعة التى يستطيع أن يكون فيها علاقات مهيئة لتكيفه النفسى السليم ولاشباع حاجاته العاطفية ٠

ويذهب مورينو الى أن أى علاج جمعى لا يصح أن يتسمى بهذا الاسم ان لم يستند الى الاختبار السوسيومترى فى تشكيل مجموعة العلاج ووصف أسلوب العلاج المناسب ٠ فكما أن العلاج الطبى بجميع أنواعه يقتضى القيام بالتشخيص قبل البدء فى العلاج ، فهكذا الأمر فى العلاج النفسى الجمعى الذى يجب أن يقوم على تشخيص علمى للمجموعة العلاجية ٠

ويقوم الاختبار السوسيومترى على أساس ادلاء كل فرد من أفراد جماعة ما — بكيفية سرية — بأسماء الأفراد الذين يحب والأفراد الذين يكره أن

---

(١) انظر :

صموئيل مغاريوس ، قياس العلاقات العاطفية بين أفراد الجماعة ، من منشورات العيادة النفسية بكلية التربية ، ١٩٥٧ ٠

يشاركوه في موقف معين ينص عليه في الاختبار • ويجب أن يكون هذا الموقف من بين المواقف التي تتعرض لها الجماعة فعلا في حياتها المشتركة أو التي لها مغزى هام بالنسبة للفرد نفسه ، والا فقد الاختبـــار قيمتـــه الاستدلالية •

ويمكن فحص نتائج الاختبار بطرق رياضية مختلفة ليس هذا مجال الخوض في تفصيلاتها ، كما يمكن التعبير عن هذه النتائج بأكثر من صورة من صور التعبير البياني التي تفيد في توضيح شبكة العلاقات الاجتماعية داخل الجماعة•

وتفصح شبكة العلاقات هذه عن عدة أشياء بالنسبة للجماعة وللأفراد المنخرطين فيها :

ـ فأما من جهة الجماعة ككل ، فان هذه الشبكة توضح مدى التماسك والترابط في الجماعة ، وما يجوز أن يقوم في الجماعة من انقسامات داخلية الى عشائر أو مجموعات جزئية منفصلة أو شبه منفصلة •• فيمهد التخطيط البياني بذلك لدراسة أسباب الانقسام في الجماعة وطبيعة المجموعات الفرعية والمقومات التي تستند اليها • وقد تكون هذه المقومات في بعض الأحيان شكلا من أشكال التعصب الديني أو الطبقي أو الجنسي الخ ••

ويتيح التخطيط أيضا التنبؤ بطريقة انتشار الأفكار وخط سير التأثيرات الايحائية من فرد لآخر في الجماعة ••

ـ وأما من جهة أفراد الجماعة ، فان التخطيط يستطيع أن يكشف عن « النجوم » في الجماعة ـ كما يطلق عليهم مورينو ـ الذين يســـهل عن طريقهم التأثير في الآخرين وقيادتهم ، وكذلك الأفراد « المعزولين » عزلة تامة أو جزئية ، وهم الذين يحتاج وضعهم الى دراسة خاصة للتفكير في الوسائل التي يمكن أن تعين على تحسين وضعهم داخل الجماعة أو في تحويلهم الى جماعة أخرى يمكن أن يصبحوا أكثر تكيفا معها !

ويفيد التخطيط أيضا فى تحليل وضع أى عضو فى الجماعة عن طريق دراسة « ذرته الاجتماعية » التى تصور الاختيارات المتجهة منه الى الآخرين والمتجهة من الآخرين اليه ، ونوع الأفراد الذين يتأثر بهم والذين يؤثـــر فيهم ، ومدى تمتعه بعلاقات متبادلة داخل الجماعة (قد يختار أحد الأفراد فردا آخر ولكن الفرد الآخر لا يبادله هذا الاختيار) مما يهيىء للحكم على مدى اشباع الجماعة لحاجة هذا العضو من أعضائها الى الاستجابة العاطفية ومدى مناسبتها له كجماعة علاجية ٠

ويمكن باعادة تطبيق المقياس على فترات متباعدة تتبع التغـــيرات التى طرأت على علاقات أحد أعضاء الجماعة والتطور فى مركزه النسبى ، وكذلك تتبع التغير فى شكل الجماعة وتكوينها العام ٠

هذه خلاصة سريعة للآراء المتعددة حول طريقة تشكيل المجموعة العلاجية ٠ ونعود فنقول بأن العلاج الجمعى اذا كان له أن يعتمد على التفاعلات والتأثيرات المتبادلة بين أفراد مجموعة العلاج ، فان « الفن » الحقيقى فيه هـــــو فى « اختيار » أفراد المجموعة العلاجية و « توفيقهم » بعضهم الى بعض ، بحيث يؤثر كل فرد على المجموعة تأثيرا مرغوبا فيه ، وبحيث يتأثر كل فرد فى الوقت نفسه بالأفراد الآخرين تأثرا مناسبا لعلاجه !!

المصادر العربية

نظرا لطبيعة الدراسة التى يحتويها هذا الكتاب ، فقـد كان من أهم مصادره الاحصاءات والوثائق الرسمية وتقارير اللجان والمؤتمرات المحلية ، وكذلك البحوث العلمية التى أجريت فى الجمهورية العربية المتحدة وبعض المؤلفات العربية المتصلة بموضوع الكتاب · وفيما يلى قائمة بهذه المصادر :

(أولا) : مصادر عامة :

أسبوع الأحداث (الأول ، الثانى ، الثالث) ، ادارة العلاقات العـامة بوزارة الشئون الاجتماعية ، ١٩٦٢ ـ ١٩٦٤ ·

أضواء على الثورة ، ادارة العلاقات العامة بجامعة عين شمس ، ١٩٦٣ ·

أطلس الخدمات ، المجلس الدائم للخدمات العامة ، ١٩٥٥ ·

الكتاب السنوى للاحصاءات الاجتماعية ، ادارة الاحصاءات الاجتماعيـة بوزارة الشئون الاجتماعية ، يناير ١٩٦٨ ·

المؤتمر الثالث لتدريب العاملين مع الطفولة ، الادارة العـامة للتدريب بوزارة الشئون الاجتماعية ، ١٩٦٩ ·

بحث احتياجات الطفولة فى الجمهورية العربية المتحدة (مجلد التوثيق ـ الجزء الثانى) ، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، ١٩٦٨ ·

بحوث ودراسات فى الخدمة الاجتماعية المدرسية ، التربية الاجتماعية ـ ادارة رعاية الشبان بنين ، ١٩٦١ ·

تعريف بالوثائق التربوية ، مركز الوثائق التربوية بوزارة التربية والتعليم، (السلسلة بأكملها) ·

حلقة تربية الموهوبين والمعوقين فى البلاد العربية ، جامعة الدول العربية ، القاهرة ، ١٩٦٩ ٠

خطة العشر سنوات : المؤتمر الأول للتربية الاجتماعية للشباب ، ١٩٦١ ٠

خطة رعاية الشباب ، المجلس الأعلى لرعاية الشباب ، ١٩٦٢ ٠

مجلس الخدمات منذ انشائه ، المجلس الدائم للخدمات العامة ، يوليو ١٩٥٥ ٠

مجلة التربية الحديثة (عدد خاص عن رعاية المتخلفين عقليا) ، ديسمبر ١٩٦٨ ٠

مفكرة الاحصاءات الاجتماعية ، ادارة الاحصاءات الاجتماعيـــة بوزارة الشئون الاجتماعية ، نوفمبر ١٩٦٧ ٠

(ثانيا) : بحوث علمية ومؤلفات :

أحمد زكى صالح : المقومات السلوكية فى مجتمعنا الاشـــتراكى ، فى « صحيفة التربية » ، مايو ١٩٦٤ ٠

السيد محمد خيرى وآخرون : (ترجمة كتاب **جون بولبى**) : رعاية الطفل وتطور الحب ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٥٩ ٠

أنيس عبد الملك وآخرون : خدمة الجماعة فى المجتمع الاشـــــتراكى ، الانجلو ، القاهرة ، ١٩٦٤ ٠

خطاب عطية على : جهود وزارة التربية والتعليم فى ميدان رعاية المتخلفين عقليا ، في « مجلة التربية الحديثة » ديسمبر ١٩٦٨ ٠

رمزية الغريب : **وضع مقاييس ذكاء موحدة للطفل العربي** ، في « حلقة تربية الموهوبين والمعوقين في البلاد العربية ، جامعة الدول العربية ، القاهرة ، ١٩٦٦ .

سعد جلال : التوجيه النفسي والتربوي والمهني ، النهضة المصرية ، القاهرة ، ١٩٥٧ .

سيد عويس : **دراسة عن الأسر المتصدعة وعلاقتها بجناح الأحداث** ، في « الحلقة الأولى لمكافحة الجريمة » ، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية ، القاهرة ، ١٩٦١ .

« **حجم مشكلة جناح الأحداث واتجاهاتها وعواملها في الجمهورية العربية المتحدة** ، في «المجلة الجنائية القومية» ، يوليو ١٩٦٥ .

صبري جرجس : الطب النفسي في الحياة العامة ، النهضة العربية ، القاهرة ، ١٩٦١ .

صلاح الحمصاني : **خدمات وزارة الشئون الاجتماعية في مجال رعاية وتأهيل المتخلفين عقليا** ، في « مجلة التربية الحديثة » ديسمبر ١٩٦٨ .

صلاح مخيمر : سلسلة « الكفيف العربي يتحدث » ، الانجلو ، ١٩٦٠ — ١٩٦١ .

صموئيل مغاريوس : **استخدام التمثيل في العلاج النفسي** ، في « صحيفة التربية » ، نوفمبر ١٩٥٥ .

« : **الأساليب التمثيلية في تربية وعلاج ضعاف العقول** ، في « صحيفة التربية » مارس ١٩٥٦ .

« : قياس العلاقات العاطفية بين أفراد الجماعة ، من منشورات العيادة النفسية بكلية التربية ، ١٩٥٧ .

صموئيل مغاريوس : العلاج الجماعي لحالات اللجلجة ، في « مجلة الصحة النفسية » ، ديسمبر ١٩٦٠ .

« : الفكرة المتسلطة — دراسة اكلينيكية عربية ، النهضة المصرية ، ١٩٦٤ .

« **مظاهر الاعاقة وطرق الكشف عنها** ، في « حلقة تربية الموهوبين والمعوقين في البلاد العربية ، جامعة الدول العربية ، القاهرة ، ١٩٦٩ .

« **التربية الخاصة للمتخلفين عقليا** ، في « حلقة تربية الموهوبين والمعوقين في البلاد العربية ، جامعة الدول العربية ، القاهرة ، ١٩٦٩ .

« (ترجمة كتاب **مكسويل جونز**) : الطب النفسي الاجتماعي ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٦١ .

عبد السلام عبد الغفار ، وهدى براده : التعرف على حالات التخلف العقلي، في « صحيفة التربية » ، مارس ١٩٦٦ .

عبد العزيز القوصي : التغيرات الاجتماعية والثقافية في مصر وعلاقتها بالصحة النفسية ، في «الكتاب السنوي في علم النفس»، القاهرة ، ١٩٥٤ .

عبد العزيز فتح الباب : انحراف الأحداث والوضع الحالي للنظم المتبعة في علاجهم بمصر ، لجنة التأليف والترجمة والنشر ، القاهرة ، ١٩٥٧ .

عبد المنعم المليجي : خبراء النفوس ، مكتبة مصر ، القاهرة ، ١٩٥٦ .

عثمان لبيب فراج : دور المدرسة فى رعاية المتخلفين عقليا ، فى « مجلة التربية الحديثة » ، ديسمبر ١٩٦٨ .

عطية محمود هنا : التوجيه التربوى والمهنى ، النهضة المصرية ، القاهرة ، ١٩٥٩ .

« **التوجيه المهنى للمتخلفين عقليا** ، فى « مجلة التربية الحديثة » ديسمبر ١٩٦٨ .

كمال الدين أحمد خواسك : تعليم المكفوفين فى الجمهورية العربية المتحدة ، فى « حلقة تربية الموهوبين والمعوقين فى البلاد العربية» ، جامعة الدول العربية ، القاهرة ، ١٩٦٩ .

محمد عبد المنعم نور : تأهيل المكفوفين وضعاف البصر ، فى « حلقة تربية الموهوبين والمعوقين فى البلاد العربية جامعة الدول العربية ، القاهرة ، ١٩٦٩ .

محمد فتحى : مشكلة التحليل النفسى فى مصر ، مطبعة مصر ، القاهرة ، ١٩٤٦ .

محمد نجاح بسيونى : تقرير عن المركز النموذجى لرعاية وتوجيه المكفوفين بالزيتون ، فى « حلقة تربية الموهوبين والمعوقين فى البلاد العربية » ، جامعة الدول العربية ، القاهرة ، ١٩٦٩ .

مختار حمزه : العوامل الفعالة فى شخصيات الأحداث المشردين فى البيئة المصرية ، فى « مجلة علم النفس » عدد ٣ (مجلد ٨) ، ١٩٥٣ .

« : **تأهيل العجزة وذوى العاهات** ، فى « الكتاب السنوى فى علم النفس » ، القاهرة ، ١٩٥٤ .

« : سيكولوجية ذوى العاهات ، مؤسسة التأهيل المهنى ، القاهرة ، ١٩٥٦ .

مصطفى فهمى : أمراض الكلام ، مكتبة مصر ، القاهرة ، ١٩٥١ ٠

« : تطبيق اختبار الاتجاهات العائلية على حالات مصرية ، دار مصر للطباعة ، القاهرة ، ١٩٥٩ ٠

« مجالات علم النفس (المجلد الثانى) ـ سيكولوجية الأطفال غير العاديين ، مكتبة مصر ، القاهرة ، ١٩٦٥ ٠

« علم النفس الاكلينيكى ، مكتبة مصر ، القاهرة ، ١٩٦٧ ٠

« : **التربية الخاصة للصم وضعاف السمع** ، فى « حلقة تربية الموهوبين والمعوقين فى البلاد العربية » ، جامعة الدول العربية ، القاهرة ، ١٩٦٩ ٠

مصطفى فهمى ، وهدى براده : دليل المعلم فى التربية السمعية والتدريب على الكلام ، دار مصر للطباعة ، القاهرة ، ١٩٦٧ ٠

يوسف محمود الشيخ ، وعبد السلام عبد الغفار : سيكولوجية الطفل غير العادى والتربية الخاصة ، النهضة العربية ، القاهرة ، ١٩٦٦ ٠

أما بحوث الماجستير والدكتوراه غير المنشورة ، فقد اكتفينا بالاشارة اليها فى هوامش الصفحات من قبل ٠

المصادر الأجنبية

استعين بالمصادر التالية فى الدراسة الخاصة بالعلاج النفسى الجمعى فى الكتاب :

BIERER, J., Ed., Therapeutic Social Clubs, H.K. Lewis & Co. Ltd., London, (N.D.)

The Day Hospital, H.K. Lewis & Co. Ltd., Lonodn, 1951.

FOULKES, S.H., Remarks on Group Analytic Psychotherapy, in «Group Psychotherapy», Vol. Iv, Nos. 1&2 1951.

, Group Psychothlrapy. (The Psycho-analytic Approach) Pelican Books (A 370).

GREENE, J.S., Interview Group Psychotherapy for Splech Disorders, in Slavson, S.R., Ed., «The Practice of Group Therapy». The Pushkin Press, London 1947

MORENO, J.L., Who Shall Survive ?, Nervous & Mental Disease Publishing Co., Washington, 1934.

, An Objective Analysis of the Group Psychotherapy Movement, in «Group Psychothlrapy», Vol. XIII, Dec. 1960.

, Ed., The International Handbook of Group Psychotherapy, Philosophical Lib., N.Y., 1966.

, Ed., Group Psychotherapy: A Symposium, Beacon House, N.Y., 1945.

SLAVSON, S.R., Ed., The Practice of Group Therapy, The Pushkin Press, London, 1947.

TAWADAROS, SAMUEL MAGHARIUS, Group Psychotherapy for Stutterers, in «International Journal for Sociometry», Vol. 1, No. 1, 1957.

, Factors in Group Pherapy, in «International Journal of Social Psychiatry», Vol 2., 1956.

فضلا عن أعداد المجلات العلمية الآتية :

International Journal of Sociometry & Sociatry.

» » » » » Group Psychotherapy.

» » » » » Social Psychiatry.

Group Psychotherapy ; A Quarterly.

فهرس

صفحة

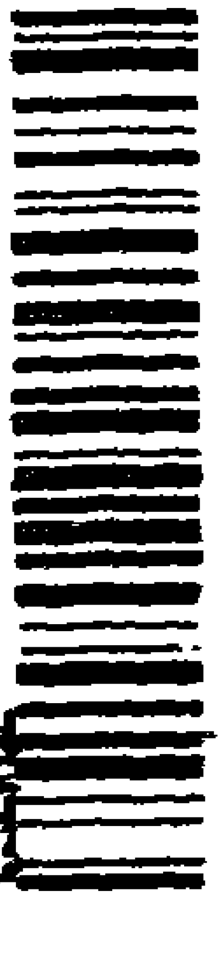
صفحة

للمؤلف

- أضواء على المراهق المصرى ـ مكتبة النهضة المصرية ·
- الفكرة المتسلطة : دراسة اكلينيكية عربية ـ مكتبة النهضة المصرية ·
- الطب النفسى الاجتماعى (مترجم) ـ دار المعارف ·
- الصحة النفسية للأسرة (مترجم) ـ مؤسسة الخانجى ·



ملتزم النشر والطبع
مكتبة النهضة المصرية
لأصحابها حسن محمد وأولاده
٩ شارع عدلي باشا بالقاهرة



دار الطباعة الحديثة
٦ كنيسة الأرمن - أول شارع الجيش
ت ٩٠٨٢١٨ - س.ت ٨٩٦٩١

ص ٥٠